

З Д Р А В О О Х Р А Н Е Н И Е Р О С С И И



III

РЕГИОНАЛЬНОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

О ВНЕДРЕНИИ СОВРЕМЕННЫХ МЕДИЦИНСКИХ
ТЕХНОЛОГИЙ В СУБЪЕКТАХ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
НА ТЕРРИТОРИИ ЦЕНТРАЛЬНОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА

233

ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ
И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ
ГОРОДА МОСКВЫ

251

СЕВЕРО-ЗАПАДНЫЙ
ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ОКРУГ

265

ТЕНДЕНЦИИ В СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ И ОРГАНИЗАЦИИ
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ УРАЛЬСКОГО
ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА

283

О ВНЕДРЕНИИ СОВРЕМЕННЫХ МЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ В СУБЪЕКТАХ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ НА ТЕРРИТОРИИ ЦЕНТРАЛЬНОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА

ПРЕДСТАВИТЕЛЬ
МИНЗДРАВА
РОССИИ В ЦФО,
МИНИСТР
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Владимир Юрьевич Семенов



Целью государственной политики в области здравоохранения Центрального федерального округа (ЦФО) на среднесрочную перспективу является улучшение состояния здоровья населения на основе обеспечения доступности медицинской помощи путем создания правовых, экономических и организационных условий предоставления медицинских услуг, виды, качество и объемы которых соответствуют уровню заболеваемости и потребностям населения, современному уровню развития медицинской науки, а также ресурсам, которыми располагают государство и граждане.

Демографическая ситуация субъектов Российской Федерации в ЦФО соответствует общим тенденциям, характерным для страны. Самые низкие показатели рождаемости в 2002 году – менее 8 родившихся на каждую тысячу человек – зарегистрированы в Рязанской (7,7‰), Тамбовской (7,8‰) и Тульской (7,4‰) областях. Наибольший показатель рождаемости в ЦФО отмечается в г. Москве – 9,5‰, Белгородской (8,8‰) и Ярославской (8,8‰) областях (рис. 1).

В течение последних лет наблюдаются положительные тенденции в отношении материнской и младенческой смертности. За 2002 год показатель младенческой смертности в ЦФО составил 12,5 на 1000 родившихся живыми, за 2001 год – 13,6‰, что ниже, чем в среднем по Российской Федерации (рис. 2). Наиболее значительное снижение младенческой смертно-

сти отмечено в Белгородской (11,9‰), Воронежской (11,2‰), Липецкой (10,3‰), Московской (11,6‰), Орловской (10,8‰) и Тамбовской (12,0‰) областях.

Регистрируемое в последние годы ежегодное снижение материнской и младенческой смертности является результатом совместной целенаправленной работы по совершенствованию организации медицинской помощи женщинам и детям как на федеральном, так и на региональном уровнях.

Полностью проведена Всероссийская диспансеризация детей до 18 лет. Все детское население распределено по группам здоровья, результаты представлены на рис. 3, что в целом соответствует среднероссийским данным.

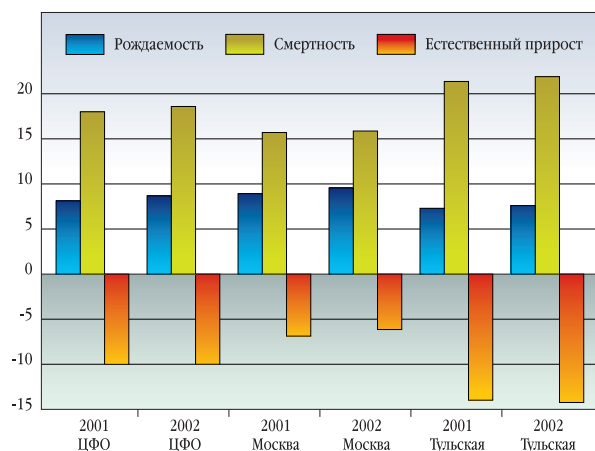
В субъектах РФ на территории ЦФО достигнут высокий уровень охвата детей профилактическими прививками, в установленные сроки вакцинировано 95,3–98,5% детей против дифтерии, столбняка, коклюша, эпидемического паротита, кори, полиомиелита. Отмечено значительное снижение заболеваемости детей острыми вирусными гепатитами, краснухой, эпидемическим паротитом, дифтерией.

В г. Москве охват профилактическими мероприятиями детей составил 98,6%, при этом у 26,2% детей в возрасте до 15 лет отклонения в состоянии здоровья впервые выявлены при профилактическом осмотре. В целом, удельный вес детей с той или иной патологией увеличился в интервале от 3 до 14 лет в 1,4 раза. Дети с выявленной патологией в 60% случаев получают законченное лечение.

К результатам диспансеризации детей следует отнести раннее выявление отклонений в функциональном состоянии сердечно-сосудистой системы и проведение в 99,7% случаев целенаправленных лечебных и профилактических мероприятий.

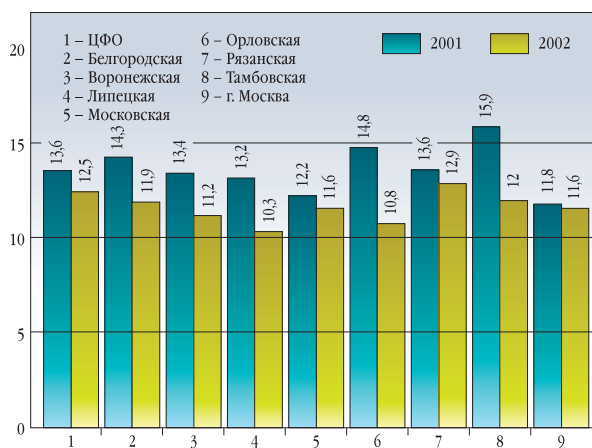
В службе родовспоможения на базе Перинатального центра Липецкой областной клинической больницы (открыт в 2000 году) получили развитие новейшие достижения современной медицинской науки, внедрены новые методы ранней диагностики и лечения акушерской патологии, в том числе внутриутробная тера-

1



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

2



ПОКАЗАТЕЛИ МЛАДЕНЧЕСКОЙ СМЕРТНОСТИ В НЕКОТОРЫХ СУБЪЕКТАХ РФ НА ТЕРРИТОРИИ ЦФО (НА 1000 РОДИВШИХСЯ ЖИВЫМИ)

пия плода, или так называемая пренатальная медицина, активно внедряются принципы ВОЗ, направленные на поощрение грудного вскармливания.

В соответствии с Федеральной программой «Дети России» для комплексного восстановительного лечения детского населения Липецкой области с 1999 года действует современная областная детская больница восстановительного лечения. В больнице организована комплексная и поэтапная система реабилитации ребенка: в курс лечения входят общепринятые методы лечения – медикаментозное, массаж, лечебная физкультура, физиолечение, водогрязелечение, подводный массаж, ортопедическая коррекция лонгетами, тьюторами, мягкотканевые методики мануальной терапии и т.д. Используются здесь и новейшие достижения медицины: рефлексотерапия по БАТ (метод Скворцова-Осипенко), аэроионотерапия, метод биологической обратной связи (БОС), микроволновая резонансная терапия (Коверт), аурикулярная и корпоральная лазеро- и электропунктура, арт-терапия, лечебные костюмы «Адели», с весны 2002 года в лечение детей с ДЦП внедрен новый метод – ишпотерапия.

Для реабилитации больных детей имеются: тренажеры «Айболит», «СТЭП», массажные системы с эластичным псевдокопящим слоем (ЭПС), сухой бассейн, мягкие модули, аппараты «БОС», люстра Чижевского, тренажер Дикюля, тренажеры «Кеттлер», физиоаппаратура, бассейн, солярий, сауна, сенсорная комната.

Снижению материнской и младенческой смертности в ЦФО способствовал ряд принятых управленческих решений, таких, как создание региональных комиссий по повышению эффективности оказания медицинской помощи матерям и детям первого года жизни, основной задачей которой являются анализ деятельности территорий и совместная выработка конкретных мер по снижению материнской и младенческой смертности.

Одним из основных механизмов реализации стратегии охраны материнства и детства в ЦФО являются федеральные целевые региональные программы, позволяющие решить наиболее острые про-

блемы материнства и детства, – «Безопасное материнство», «Здоровый ребенок» и др.

За счет средств программ решались вопросы оснащения родовспомогательных учреждений и перинатальных центров территорий ЦФО современной аппаратурой и оборудованием: наркозно-дыхательной аппаратурой, гистероскопами, операционными лапароскопами, предназначенными для диагностики осложнений беременности, патологии плода и новорожденного, различных нарушений репродуктивной функции женщин.

Для сохранения здоровья матери и ребенка в Тверской области приобретено оборудование для организации палат совместного пребывания матери и ребенка в родильных домах. Неонатальный центр в детской городской больнице №1 г. Твери оснащен оборудованием для реанимации и выхаживания проблемных новорожденных, 2 реанимобилями с транспортными кюветами для доставки новорожденных из родильных домов. Закуплены современные высокоэффективные лекарственные препараты для лечения матерей и новорожденных. В целях улучшения диагностики врожденной патологии у новорожденных и детей приобретены ультразвуковые аппараты.

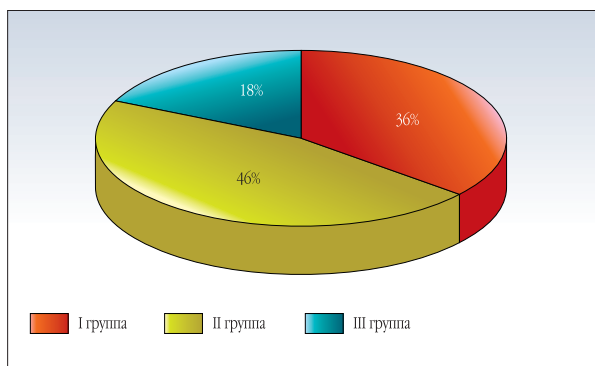
Несмотря на положительную динамику основных показателей, характеризующих здоровье матери и ребенка, имеет место увеличение числа женщин с осложненным течением беременности (анемией, болезнями почек, поздним токсикозом беременности и др.). Не имеет тенденции к снижению число родов с различными осложнениями, которые являются в первую очередь следствием низкого уровня общесоматического здоровья женщин. Остается высоким уровень гинекологической заболеваемости.

В связи с этим в апреле 2003 года в г. Белгороде на Координационном совете по здравоохранению в ЦФО обсуждались итоги Всероссийской диспансеризации в 2002 году и задачи по охране здоровья матерей и детей на территории ЦФО, в ходе которого было решено:

- разработать и утвердить региональные планы мероприятий по улучшению состояния здоровья детского населения;



3



РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ДЕТЕЙ ЦФО ПО ГРУППАМ ЗДОРОВЬЯ

- провести анализ результатов всеобщей диспансеризации детей и создать для каждого ребенка, прошедшего диспансеризацию, индивидуальные программы лечения и реабилитации;
- провести анализ материально-технической базы детских лечебно-профилактических учреждений и представить предложения по ее улучшению в Минздрав России;
- обеспечить оздоровление и реабилитацию детей, нуждающихся в государственной поддержке (сироты, дети, оказавшиеся без попечения родителей);
- совершенствовать принципы профилактики и снижения материнской и младенческой смертности с учетом дифференциации подходов для различной патологии, оздоровления беременных женщин;
- разработать методы прогнозирования, диагностики, лечения, реабилитации, профилактики нарушений и развития технологий репродуктивного здоровья женщин.

Важным направлением деятельности здравоохранения ЦФО стала работа по борьбе с заболеваниями социального характера. В 2002 году вступила в действие Федеральная целевая программа «Предупреждение и борьба с заболеваниями социального характера (2002–2006 годы)», практически во всех субъектах ЦФО приняты соответствующие региональные программы.

На заседании Координационного совета по здравоохранению в ЦФО, которое проводилось в г. Иваново 18 июня 2003 года, обсуждался опыт работы по борьбе с туберкулезом в субъектах Российской Федерации на территории ЦФО. При этом отмечено, что в субъектах Федерации на территории ЦФО продолжается целенаправленная работа по стабилизации эпидемиологической ситуации по туберкулезу.

Основное внимание при решении данной проблемы сосредоточено на совершенствовании качества оказания противотуберкулезной помощи населению, развитии комплекса профилактических мероприятий, повышении квалификации и обучении медицинских работников.

Основопологающим документом для реализации данных мероприятий является подпрограмма «Неотложные меры борьбы с туберкулезом в России» Феде-

ральной целевой программы «Предупреждение и борьба с заболеваниями социального характера (2002–2006 годы)». Минздрав России и органы управления здравоохранением субъектов Российской Федерации определили реализацию подпрограммы приоритетным направлением в борьбе с туберкулезом, совершенствовании организации и повышении эффективности оказания медицинской помощи больным.

Федеральные научно-исследовательские институты туберкулеза и фтизиопульмонологии, расположенные в ЦФО, оказывают организационно-методическую помощь субъектам Российской Федерации по вопросам организации и проведения профилактических противотуберкулезных мероприятий, внедрения новых форм и методов диагностики и лечения больных туберкулезом. С этой целью в течение 2002 года специалистами профильных институтов осуществлены выезды во все субъекты Федерации в ЦФО.

С 2002 года в Российской Федерации активизирована реализация мероприятий по обеспечению проведения в полном объеме обязательных профилактических противотуберкулезных мероприятий в очагах туберкулезной инфекции, среди групп повышенного риска заболевания туберкулезом и детей, страдающих туберкулезом. В рамках подпрограммы проводились мероприятия по статистическому наблюдению за туберкулезом, формированию системы эпидемиологического мониторинга.

В целях упорядочения централизованных закупок определена потребность субъектов Российской Федерации в противотуберкулезных препаратах и медицинской технике, сформирован соответствующий перечень, определен порядок распределения.

В настоящее время субъекты Федерации на территории ЦФО полностью обеспечены противотуберкулезными препаратами первого ряда, проводились закупки препаратов «резерва».

Учитывая особую значимость флюорографии при выявлении и диагностике туберкулеза, основные средства, выделяемые в рамках программы на закупку оборудования, направлены на приобретение цифровых флюорографов.

Проводится целенаправленная работа по строительству и реконструкции противотуберкулезных учреждений.

В течение 2002 года успешно осуществлялось строительство областного туберкулезного санатория в Бобровском районе Воронежской области на 360 мест.

В 2002 году продолжена работа по развитию диагностической и лечебной базы федеральных научно-исследовательских институтов фтизиопульмонологии и туберкулеза.

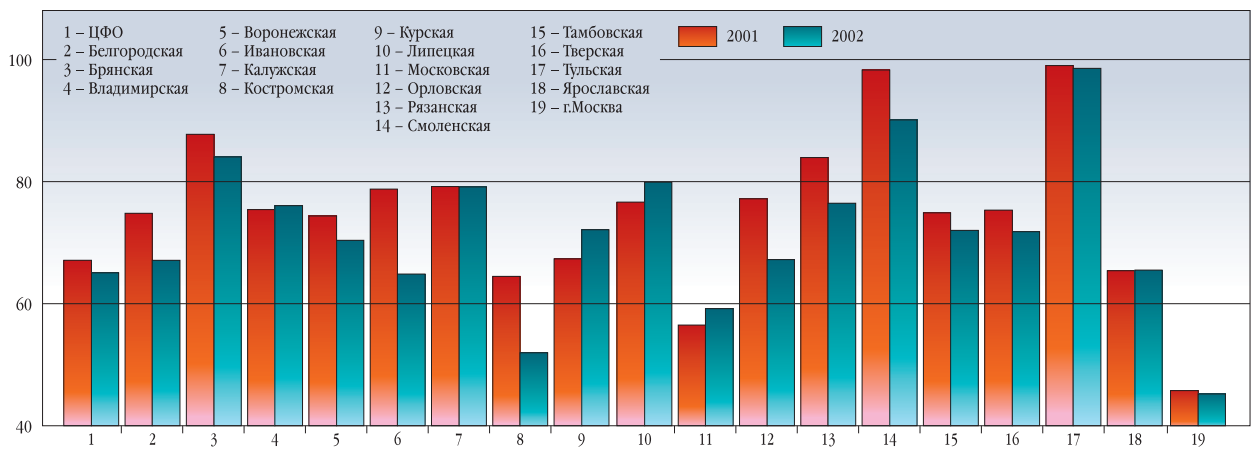
Объемы финансирования территориальных программ в 2002 году составили около 800 млн. рублей.

В течение 2002 года в Ивановской области велась активная работа по доработке проекта займа Международного банка реконструкции и развития «Профилактика, диагностика, лечение туберкулеза и СПИДа».

Мероприятия, проводимые в субъектах Федерации на территории ЦФО по совершенствованию противоту-



4



ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ТУБЕРКУЛЕЗОМ С ВПЕРВЫЕ УСТАНОВЛЕННЫМ ДИАГНОЗОМ (НА 100 ТЫС. НАСЕЛЕНИЯ) В ЦФО

беркулезной помощи населению, позволили в 2001–2002 годах переломить эпидемическую ситуацию по туберкулезу в ЦФО: основные показатели заболеваемости населения туберкулезом стабилизировались. Так, при среднегодовых темпах роста заболеваемости туберкулезом, с 1994 по 1999 год на 12% и более в 2000 году рост составил 5,6%, в 2001–2002 годах отмечено снижение заболеваемости в Курской, Московской, Ярославской областях и г. Москве (рис. 4). В 2002 году на 6% снизилась заболеваемость туберкулезом детей. Одновременно возрастает эффективность лечения больных туберкулезом, снижаются показатели первичного выхода на инвалидность по причине туберкулеза.

В целях снижения показателей заболеваемости и смертности от болезни системы кровообращения в субъектах Федерации на территории ЦФО начата реализация программы «Профилактика и лечение артериальной гипертензии».

Одним из важнейших программных мероприятий является организация и проведение массовых мероприятий по выявлению на ранних стадиях артериальной гипертензии у населения, включая детей и подростков.

В ряде регионов возобновлена практика измерения артериального давления всем лицам, обратившимся в лечебно-профилактическое учреждение по любому поводу, проводится целевая диспансеризация по сердечно-сосудистым заболеваниям.

Эпидемиологическая ситуация по заболеваниям, передаваемым половым путем (ЗППП), на протяжении последних лет в субъектах Федерации на территории ЦФО остается крайне напряженной.

В ЦФО в 2002 году было зарегистрировано больных сифилисом 104,5 на 100 тыс. населения, что меньше, чем в среднем по стране. Однако заболеваемость остается крайне высокой в Ивановской, Курской, Липецкой и Смоленской областях (рис. 5).

Показатель заболеваемости ЗППП среди подростков 15–17 лет составляет 95,6 случая на 100 тыс. населения (в РФ – 106,2). Обращает внимание резко возрастающее число заболевших сифилисом девочек

в возрасте до 14 лет, по сравнению с 1990 годом показатель заболеваемости среди них увеличился в 85 раз. Проведенный анализ путей заражения сифилисом среди детей показал, что более чем в 60% случаев дети заразились половым путем.

Наблюдается высокий уровень заболеваемости врожденным сифилисом. За последние годы также резко возросло количество детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей, отмечается ежегодный рост числа выявленных ВИЧ-инфицированных среди больных с ЗППП.

Работа органов управления здравоохранением в ЦФО была направлена прежде всего на первичную профилактику ЗППП.

В целях предупреждения распространения инфекций, передаваемых половым путем, в структуре кожно-венерологических диспансеров организованы отделы первичной профилактики, которые проводят работу по пропаганде и поощрению более безопасного сексуального поведения, координируя свою работу с общественными организациями. Положительный опыт такой работы с населением, особенно с подростками, отмечен во Владимирской, Московской, Тамбовской и Ярославской областях.

Для внедрения элементов конфиденциальности в работе врачей кожно-венерологических учреждений проведены семинары по тактике ведения больных с заболеваниями, передаваемыми половым путем, с молодыми специалистами дерматовенерологами.

Проводились циклы обучения руководителей дерматовенерологических учреждений по внедрению в практику интегрированного подхода к контролю и профилактике заболеваний, передаваемых половым путем.

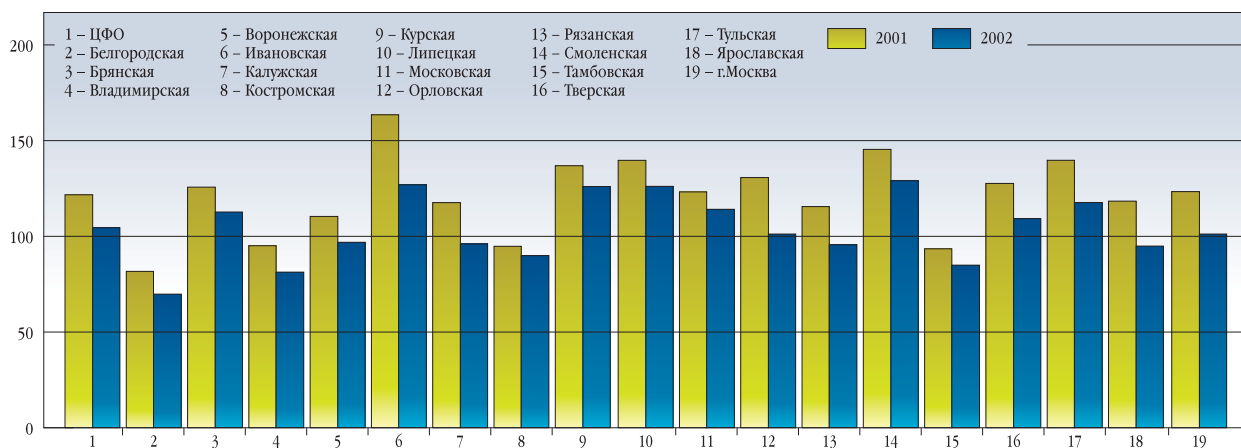
Разработаны методические материалы по тактике взаимодействия акушеров-гинекологов, дерматовенерологов, неонатологов и педиатров по профилактике и диагностике врожденного сифилиса.

Проводимая работа способствовала наметившемуся снижению заболеваемости ЗППП, в том числе сифилисом, в ЦФО.

Учитывая сложную ситуацию с ростом наркомании в стране, важной задачей системы здравоохранения



5



ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ СИФИЛИСОМ С ВПЕРВЫЕ УСТАНОВЛЕННЫМ ДИАГНОЗОМ (НА 100 ТЫС. НАСЕЛЕНИЯ) В ЦФО

ния в ЦФО в 2002 году явилось совершенствование наркологической службы. Был взят курс на создание в каждом регионе полноценной территориальной системы наркологической помощи, включающей в себя все специализированные звенья.

На начало 2002 года под наблюдением в наркологических диспансерах и кабинетах находилось более 1584,5 чел. в расчете на 100 тыс. населения, злоупотребляющих алкоголем, наркотическими и ненаркотическими психоактивными веществами.

В последние годы отмечается выраженный рост числа больных, перенесших алкогольные психозы и взятых под наблюдение, в Брянской, Ивановской, Липецкой, Орловской, Тамбовской, Тульской и Ярославской областях. А ведь именно алкогольные психозы являются индикатором распространенности алкоголизма и тяжести течения этой болезни.

Растет число злоупотребляющих алкоголем женщин. Число больных алкоголизмом женщин возросло за последние 2 года почти на 6%. Распространенность алкогольных психозов среди женщин достигла показателя 29,7 на 100 тыс., что выше уровня 1999 года на 38%; это самый высокий уровень за последние 10 лет. Число женщин, злоупотребляющих алкоголем, за 2 года увеличилось более чем на 7%, достигнув уровня 63,4 на 100 тыс.

Следует признать, что высокие показатели заболеваемости, инвалидности, смертности от сердечно-сосудистых болезней, туберкулеза, онкологии связаны не только с социально-экономическими преобразованиями в субъектах Российской Федерации на территории ЦФО, но и с тем, что значительно сократился объем профилактической деятельности, нет системного подхода в ее организации и проведении в первичном звене здравоохранения, недостаточно проводится санитарно-просветительная работа среди населения. Ослабление профилактической работы и несовершенная система учета приводят к недовыявлению лиц, подлежащих наблюдению. Недостаточно используются такие формы организации лечения, как дневные стационары при врачебных амбулаторно-поликлинических учреждениях и стационары дневного пре-

бывания в больницах. Существующая система реабилитационной службы больным не обеспечивает потребности нуждающихся в этой помощи.

В целях снижения смертности от сердечно-сосудистых заболеваний в Тверской области в ряде ЛПУ области за последние годы закуплено 50 реанимобилей для скорой медицинской помощи, кардиологическое оборудование для оказания экстренной помощи в первые часы заболевания. Оснащен учебно-тренировочный центр на Тверской станции скорой медицинской помощи (СМП), где проводится обучение не только сотрудников СМП, но и пожарных, сотрудников милиции правилам оказания экстренной помощи пострадавшим. Среди населения области проводятся информационно-образовательные кампании по пропаганде здорового образа жизни и профилактики сердечно-сосудистых заболеваний. Для обеспечения высокоинформативного уровня диагностики различных заболеваний приобретен уникальный для Тверской области магнитно-резонансный томограф, который установлен в областной клинической больнице.

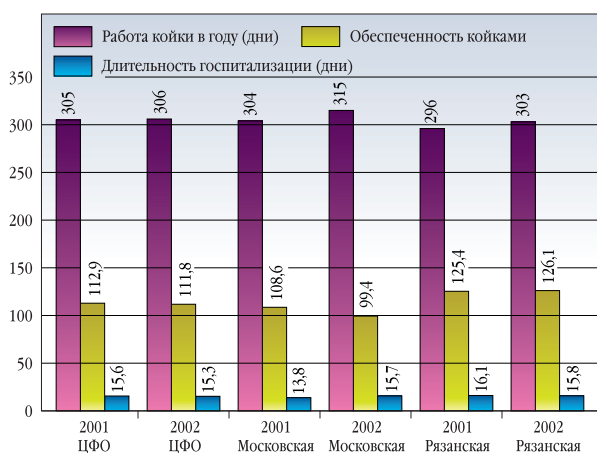
Однако медленно внедряются в практическое здравоохранение современные и перспективные технологии профилактики, диагностики, лечения заболеваний. Слабая материально-техническая база ряда лечебно-профилактических учреждений, в том числе специализированных, не позволяет повышать эффективность деятельности и качество оказания медицинской помощи.

Так, показатель выявляемости злокачественных новообразований при проведении профилактических осмотров в настоящее время составляет около 10%, что существенно ниже уровня, достигнутого к началу 90-х годов.

Доля больных, выявленных при проведении профилактических осмотров по сравнению с уровнем 1985 года при новообразованиях шейки матки, где особенно эффективны профосмотры, снизилась на 40,1%, при опухолях молочной железы – на 17,6%, при новообразованиях трахеи, бронхов, легкого – на 18,5%. При этом доля больных с I–II стадиями опухолевого процесса, выявленных при профилактических осмотрах от числа всех больных указанными стадиями, сократилась с 17% в 1986



6



ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ БОЛЬНИЧНЫМИ КОЙКАМИ НЕКОТОРЫХ СУБЪЕКТОВ РФ НА ТЕРРИТОРИИ ЦФО (НА 10 000 НАСЕЛЕНИЯ)

году до 12,8% в 2001 году. Редким событием является диагностика новообразований в преинвазивной стадии, а показатель запущенности вырос за этот период на 24,8%. В целом показатели активного выявления злокачественных новообразований в субъектах Российской Федерации на территории ЦФО абсолютно неадекватны современным возможностям медицины.

В здравоохранении субъектов Федерации на территории ЦФО начало реально развиваться профилактическое направление в виде проведения диспансеризации.

Так, в здравоохранении г. Москвы накопленный опыт по проведению целевой диспансеризации свидетельствует о том, что она является реальным путем профилактики и раннего выявления серьезных патологических состояний, рост которых наблюдается в последние годы, и в целом способствует оздоровлению населения.

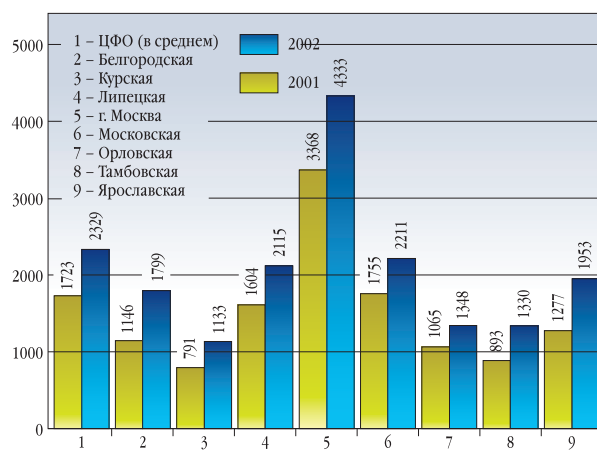
В целях реализации программы «Целевая диспансеризация населения по выявлению сердечно-сосудистых заболеваний» ежегодно в кабинетах врачебного контроля и осмотра обследуется в среднем 350 тыс. человек. Направляются на консультацию более 100 тыс. человек, на диспансерный учет ставится 10,6% обследованных. По показаниям проводятся лечебно-профилактические и оздоровительные мероприятия.

В рамках подпрограммы по раннему выявлению туберкулеза в г. Москве охват населения флюорографическими осмотрами составляет свыше 87%. Более чем на треть увеличился охват профилактическими осмотрами декретированных групп населения.

Из выявленных больных туберкулезом свыше 25% обнаружены при профосмотрах. Установлено, что при профосмотрах в 2 раза чаще, чем при обращении к врачу с жалобами, диагностируются курательные, ограниченные формы туберкулеза и уменьшается вес больных с распространенными, запущенными формами заболевания (на 11,8%). Кроме того, при профосмотрах выявляются другие патологические изменения, в том числе онкозаболевания.

Важным итогом работы в рамках подпрограммы в настоящее время можно считать то, что специалисты

7



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

общей лечебной сети, осознав свою ответственность за своевременное выявление туберкулеза, увеличили объем и качество выполнения этого раздела работы, также усилился контроль за этой работой со стороны фтизиатров. Создана система эпидемиологического мониторинга за туберкулезом в городе.

Учитывая результативность диспансерного наблюдения, целевая диспансеризация остается на ближайшую перспективу медицинским приоритетом в городском здравоохранении. Итоги целевой диспансеризации за 1998–2001 годы были доложены и получили положительную оценку на заседании Правительства г. Москвы от 24.07.2001 года № 682-ПП, постановлением которого утверждена программа Комитета/Департамента здравоохранения «Целевая диспансеризация населения г. Москвы на 2002–2004 годы». Программа значительно расширена, в том числе в нее введены две новые подпрограммы по раннему выявлению заболевания шейки матки и предстательной железы, поскольку эти виды патологии относятся к числу распространенных и при поздней обращаемости характеризуются тяжелым клиническим течением и осложнениями, а также развитием онкологических заболеваний.

С целью совершенствования медико-профилактической помощи населению Липецкой области в 2002 году открыт областной Центр медицинской профилактики, который организует и проводит мероприятия по первичной и вторичной профилактике неинфекционных заболеваний, гигиеническому обучению и воспитанию населения, пропаганде медицинских и гигиенических знаний с учетом показателей заболеваемости населения в области, санитарно-эпидемиологических, демографических, экономических и других особенностей.

Среди взрослых продолжается рост заболеваемости населения болезнями системы кровообращения.

Число случаев временной нетрудоспособности по заболеваниям на 100 работающих составляет 64,0 случая.

Средняя продолжительность одного случая заболевания с временной утратой трудоспособности увеличилась и составляет 14,1 дня.



Наибольшие потери временной нетрудоспособности имеются по группе заболеваний органов дыхания и составляют 23,8 случая на 100 работающих, что ниже, чем в 2000 году (26,6), при этом более половины случаев составляют острые респираторные инфекции (15,4 случая на 100 работающих).

На втором месте по-прежнему находятся заболевания костно-мышечной системы – 8,2 случая на 100 работающих, что составило рост по сравнению с 2001 годом (7,4). Далее следуют травмы и отравления, которые составляют 6,8 случая на 100 работающих (в 2002 году – 6,4).

Сохраняется рост числа случаев временной нетрудоспособности при заболеваниях системы кровообращения – 5,3 случая на 100 работающих (в 2001 году – 4,1), а также по некоторым длительно протекающим заболеваниям (болезни органов пищеварения, нервной системы и органов чувств).

Показатели заболеваемости с временной утратой трудоспособности не отражают истинного состояния здоровья работающих, поскольку ухудшение финансово-экономического положения предприятий, вынужденные и длительные отпуска и остановки производств, угроза безработицы снижают обращаемость работающих за медицинской помощью при ухудшении их здоровья.

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 контакт системы здравоохранения с отдельными гражданами.

Решить данные и другие проблемы в здравоохранении ЦФО призвано внедрение врача общей практики в работу поликлинического звена.

Переход к семейной медицине закономерен и весьма важен. Не надо его рассматривать лишь как наиболее экономичный и рациональный способ организации медицинской помощи. Это механистический подход. Переход к семейной медицине – это не только поиск наиболее эффективных и экономичных форм организации медицинской помощи, а необходимость интегрального видения человека, его здоровья и болезни. Общая врачебная практика создает благоприятные условия для структурных и кадровых преобразований в амбулаторном и стационарном звене здравоохранения.

В апреле 2003 года в г. Белгороде рассматривались вопросы об опыте работы по совершенствованию амбулаторно-поликлинической помощи населению на территории ЦФО по принципу врача общей практики.

В ЦФО обеспечивается реализация целого ряда мероприятий в области реформирования здравоохранения для повышения результативности первичной медико-санитарной помощи. Так, число врачей общей практики, по данным Минздрава России, за 2002 год увеличилось по сравнению с 2001 годом на 121 человека. Кафедрой семейной медицины ММА им. И.М. Сеченова в 2002 году проведены выездные циклы для специализации стажированных врачей по общей врачебной практике в Белгородской, Калужской, Тамбовской областях в количестве 51 человека. Заявку на участие в проек-

те ТАСИС «Совершенствование первичной медико-санитарной помощи» подали 12 субъектов Федерации из 18 входящих в состав ЦФО, а получили возможность участия в проекте Белгородская и Московская области. В 2002 году образованы кафедры общей врачебной практики в вузах Смоленской и Рязанской областей.

За время реализации проекта «Семейная медицина» в Тверской области оснащены всем необходимым оборудованием и санитарным автотранспортом 52 офиса врачей общей практики (41 офис в районах области, 11 офисов – в г. Твери). Для 8 консультативно-диагностических и лечебных центров, расположенных в 4 районах области (Ржевская ЦРБ, Бежецкая ЦРБ, Нелидовская ЦРБ, Вышневолоцкая ЦРБ) и на базе 4 ЛПУ г. Твери, получено современное оборудование (эндоскопическое, рентгенологическое, лабораторное и для функциональной диагностики).

Однако в субъектах Федерации на территории ЦФО медленными темпами проводится реформа в здравоохранении по развитию амбулаторно-поликлинического звена медицинской помощи по принципу общей врачебной практики (семейной медицины) (ОВП/СМ). При наличии кафедр семейной медицины в Курской области работает всего 8 врачей. Заявки на их подготовку во всех субъектах Федерации не увязываются с количеством участковых терапевтов и педиатров, работающих в амбулаторно-поликлинических учреждениях. Подготовленные в вузах ЦФО врачи общей практики (семейные врачи) продолжают работать участковыми терапевтами.

Подавляющее большинство территориальных поликлиник в ЦФО в настоящее время продолжают оказывать первичную медицинскую помощь силами участкового терапевта и многочисленных «узких» специалистов.

В 5 регионах ЦФО до настоящего времени не работают врачи общей практики (ВОП) на соответствующих должностях: Белгородская, Костромская, Курская, Липецкая и Рязанская области.

Даже в тех регионах, где успешно развивается первичная медико-санитарная помощь, оказываемая врачом общей практики, практически не уменьшается абсолютное число участковых врачей и узких специалистов в поликлинике.

Без дальнейшего развития системы общих врачебных (семейных) практик невозможно эффективное использование ресурсов здравоохранения, увеличение объемов и качества оказания медицинской помощи на догоспитальном этапе, в том числе на дому, снижение потребности в дорогостоящих госпитальных видах помощи.

В связи с этим решено рекомендовать руководителям органов управления здравоохранением в ЦФО:

- разработать и утвердить в установленном порядке региональные программы поэтапного перехода к общей врачебной практике;
- определить ежегодную потребность в подготовке врачей общей практики по каждой территории;
- подготовить приказы по совершенствованию амбулаторно-поликлинической помощи в субъектах Федерации на территории ЦФО в соответствии с приказом МЗ РФ №350 от 20.11.2002 года «О совершенствовании амбулаторно-поликлинической



помощи населению Российской Федерации», обратив особое внимание на организацию центров общей врачебной практики (семейной медицины) и отделений ОВП/СМ в поликлиниках, утвердить планы по укреплению материально-технической оснащенности общих врачебных (семейных) практик, создать учебно-методический центр по подготовке врачей общей практики в ЦФО;

– продолжить работу над Программой развития стационарной, амбулаторно-поликлинической и скорой медицинской помощи, предусмотреть приведение структуры расходов средств по видам медицинской помощи в ближайшие годы до оптимальной из расчета: на скорую медицинскую помощь – 6–7%; на амбулаторно-поликлиническую помощь – 40%; на стационарную помощь – 50%.

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

Число коек превышает 120 на 10 тыс. населения в Ивановской, Костромской (141,8 – один из наибольших показателей в ЦФО), Рязанской и Тульской областях.

Наибольших успехов по реструктуризации коечного фонда в последние годы добились в Московской (99,4 койки на 10 тыс. населения), Курской (102,1) и Воронежской (100) областях (рис. 6).

Активно осуществляется реструктуризация сети лечебно-профилактических учреждений: сокращается число стационаров (с 1995 года на 14,4%), в основном за счет городских больниц (на 25,4%); число сельских амбулаторий увеличивается (на 5,5%), в целом же число амбулаторно-поликлинических учреждений сократилось на 15%.

Сокращаются в основном учреждения с малой мощностью, о чем свидетельствует увеличение плановой мощности амбулаторно-поликлинических учреждений. Наблюдается увеличение числа мест в дневных стационарах. За последние 5 лет их число возросло более чем на 90 тыс. и составило 128 891 место, на 10 тыс. населения – 8,9 (в 1996 году – 2,6), число пролеченных больных за этот период в учреждениях данного типа увеличилось почти в 3 раза и составляет 248,7 на 10 тыс. населения. Быстрыми темпами растет число мест дневного пребывания при круглосуточных стационарах (5,1 на 10 тыс. населения), такая же тенденция наблюдается и в отношении амбулаторно-поликлинических учреждений (3,9 на 10 тыс. населения).

Реструктуризация коечного фонда учреждений здравоохранения повлекла за собой улучшение его деятельности, что отразилось в следующих показателях: среднегодовая занятость койки составляет 306 дней, оборот койки увеличился до 20,8, средняя длительность пребывания больного на койке уменьшается и составляет 14,7 дня.

Все эти положительные показатели работы обеспечиваются за счет внедрения в здравоохранение современных медицинских технологий.

Так, в здравоохранении Липецкой области к настоящему времени постоянно работают 7 компьютерных

томографов, гемодиализные аппараты «Искусственная почка», сложнейшее диагностическое рентгеновское, ультразвуковое и эндоскопическое оборудование, современный ангиографический комплекс Advantex LS, аппарат дуплексного сканирования SonoSite L38/10 и Acuson 128X, закуплены артроскопические стойки в Липецкую областную клиническую больницу и областную детскую больницу. Освоены и внедрены в практику высокотехнологичные методы ангиографического исследования: транслумбальная аортография, аортография по Сельдингеру, периферическая артериография, ретроградная и восходящая флебографии и др.

В клинической практике нашли свое применение новейшие металлоконструкции для травматологических и нейрохирургических больных. Широко внедряются малоинвазивные эндохирургические методы лечения пациентов. Систематически производятся операции на позвоночнике с использованием стабилизирующих устройств.

Успешно развивается в Липецкой области одно из перспективных направлений ангиохирургии – эндоваскулярная хирургия. Новая диагностическая ангиографическая аппаратура, включая ультразвуковые доплеровские аппараты, позволила проводить неинвазивную скрининг-диагностику сосудистых заболеваний. Внедряются новые методики лечения тяжелых сосудистых заболеваний, как экстравазальная коррекция клапанов глубоких вен, дистанционная окклюзия устьев перфорантных вен, дезоблитерация артерий, эндартерэктомия сонных артерий, одномоментная и отсроченная коррекция двойных блоков.

В Липецкой областной клинической больнице на сегодняшний день произведены десятки баллонных коронаропластик, в том числе с установкой стентов в коронарные артерии; регулярно проводятся операции по имплантации кардиостимуляторов; выполняется весь спектр современных оперативных вмешательств по коррекции патологии брюшного отдела аорты и ее ветвей. Среднегодовые показатели следующие: аортофemorальное шунтирование – 50, бедренно-подколенное шунтирование – 10–15, аневризма брюшной аорты – 10–15, аневризмы периферических артерий – 10, петлевая дезоблитерация и эндартерэктомия – 20 – 25, тиббиальное шунтирование – 3–5, стимуляционная остесперфорация – 15–20, повторные реконструктивные операции – 10–15 в год.

В урологической практике внедрены новые методы оперативного лечения: субкортикальная и анатрофическая пиелотомия, пластические операции при гидронефрозах, стриктурах уретры и все виды уретероцистаномоза.

Заслуживают внимания достижения клиницистов проктологического центра Липецкой областной клинической больницы. С момента организации проктоцентра (1989 год) врачами освоены современные технологии лечения онкозаболеваний толстого кишечника, неспецифического язвенного колита, болезни Крона, дивертикулярной болезни, парапроктитов, травм аноректальной области и т.д. Широко используются методы социальной реабилитации онкобольных. Разработана оригинальная методика внутрисветовой эндоскопической операции с видеолапароскопическим ассистированием при новообразованиях толстой кишки.



Таблица 1

**ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКИМИ
КАДРАМИ В ЦФО (НА 10 ТЫС. НАСЕЛЕНИЯ)**

Субъекты Российской Федерации	Врачи всех специальностей		Средний медицинский персонал	
	2001	2002	2001	2002
Белгородская	35,6	36,4	110,7	112,9
Брянская	33,1	32,9	102,3	102,8
Владимирская	30,3	30,7	90,5	93,3
Воронежская	43,7	44,4	98,7	102,5
Ивановская	45,5	45,7	100,9	99,0
Калужская	31,6	32,2	85,0	87,2
Костромская	32,3	32,2	107,8	109,8
Курская	40,2	40,5	92,4	93,5
Липецкая	33,1	34,0	105,4	107,5
Московская	30,9	31,5	77,0	76,7
Орловская	33,5	33,5	101,1	102,5
Рязанская	47,5	48,4	106,4	110,3
Смоленская	50,6	49,8	93,5	94,8
Тамбовская	20,2	29,5	94,8	96,4
Тверская	44,0	44,5	91,0	92,5
Тульская	28,8	29,5	101,0	104,9
Ярославская	48,6	49,4	88,9	92,7
город Москва	75,0	76,1	102,4	102,7
Центральный федеральный округ	45,5	46,2	95,3	96,6
Российская Федерация	41,9	42,5	95,5	96,9

Внедрение стапенопластики в ЛОР-отделении областной клинической больницы позволило Липецкой области войти в число первых регионов России, где, помимо клинических центров Москвы и Санкт-Петербурга, стали успешно проводиться слухоулучшающие операции при отосклерозе. При этом в ЛОР-отделении областной больницы был разработан тefлоновый протез, который нашел применение во многих клиниках страны. Проведение хирургического лечения отосклероза в ЛОР-отделении областной больницы позволило полностью удовлетворить потребности области. При стойком сколиозе наружного носа разработана принципиально новая методика операций, которая позволяет уменьшить травматичность вмешательства и за один раз устранить косметический дефект и восстановить функцию органа.

Важным направлением деятельности остается реализация конституционных прав граждан на получение бесплатной медицинской помощи в рамках Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи (Программа госгарантий). При этом особый акцент в 2002 году был сделан на проведение реструктуризации объемов медицинской помощи в субъектах Российской Федерации в соответствии с основными показателями Программы госгарантий.

Положительным результатом явилось значительное увеличение объемов поступления средств на ОМС неработающего населения, обусловленное погашением плательщиками задолженности прошлых лет, а также улучшение ситуации по перечислению страховых взносов на ОМС неработающего населения, предусмотренных в соответствующих бюджетах на текущий год.

Подушевой норматив финансирования Программы госгарантий в 2002 году в ЦФО вырос на 35% и составил 1544,5 руб., полная стоимость Программы – 224,8 млрд. руб. Уровень подушевого финансирования здравоохранения в различных субъектах Федерации на территории ЦФО составляет от 1330,1 руб. (Тамбовская область) до 4332,9 руб. (г. Москва) на 1 жителя (рис. 7).

Заседание Координационного совета по здравоохранению в ЦФО в г. Иваново (2002 год) было посвящено обсуждению этой проблемы. На заседании отмечалось, что в соответствии с Программой государственных гарантий большая часть стационарной и амбулаторно-поликлинической помощи должна оказываться в рамках Базовой программы ОМС и, соответственно, большая часть финансовых средств на эти цели (не менее 65%) должна быть сосредоточена в системе ОМС.

На сегодняшний день соотношение между двумя источниками финансирования обратное (39% – средст-



ва ОМС и 61% – бюджета). При этом наблюдается дефицит финансирования Базовой программы ОМС.

В 2002 году особое внимание в субъектах Федерации на территории ЦФО было уделено деятельности территориальных фондов ОМС по обеспечению контроля за своевременным и полным перечислением плательщиками страховых взносов на ОМС неработающего населения, реструктуризацию и погашение задолженности по страховым взносам на ОМС неработающего населения в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 23.08.2001 №624 «О проведении реструктуризации задолженности плательщиков страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения, имеющейся по состоянию на 1 января 2002 г.».

Анализ объемов оказанной медицинской помощи в рамках Программы госгарантий в 2002 году в субъектах Федерации на территории ЦФО свидетельствует о:

- соответствии объемов оказанной медицинской помощи в рамках Программы госгарантий структуре и показателем заболеваемости населения на территории ЦФО;
- необходимости активизации деятельности в части сокращения объемов предоставляемой стационарной помощи и переносе этих объемов в условия дневного стационара.

Следует отметить, что положение с финансированием Программы госгарантий имеет тенденцию к улучшению, но при этом еще далеко до полного финансового обеспечения Программы госгарантий в разрезе субъектов Российской Федерации на территории ЦФО.

Одним из действенных механизмов координационного управления в здравоохранении является заключение и реализация трехсторонних соглашений между Минздравом России, Федеральным фондом обязательного медицинского страхования и органами исполнительной власти субъектов Федерации в ЦФО по вопросам обеспечения населения медицинской помощью.

Реализация соглашений сопровождается целевым финансированием, укреплением материальных ресурсов и четким определением ответственности сторон за соблюдение конституционных прав граждан на охрану здоровья. На конец 2002 года такие соглашения имеются со всеми субъектами Российской Федерации в составе ЦФО.

Логика закона о медицинском страховании предусматривала изменение статуса медицинских учреждений. Они должны были стать самостоятельными хозяйствующими субъектами и получать финансовые средства по результатам выполненной работы, а не находиться на содержании соответствующих органов управления здравоохранением вне зависимости от того, как эти учреждения работали.

С целью оптимизации расходов на медицинскую помощь и контроля за финансовыми потоками в системе ОМС проводится работа по формированию и ведению актуализированной базы данных застрахованных на основе введенного в 2000 году идентификационного номера страхового медицинского полиса ОМС.

Фактическое поступление страховых платежей на ОМС неработающего населения за 2002 год составило 42,4 млрд. руб., что на 65% больше, чем за 2001 год.

Финансовое обеспечение в полном объеме бюджетных обязательств значительно стабилизировало состояние отрасли и создало предпосылки для дальнейшего ее развития и реформирования. К 2003 году по сравнению с 1998 годом объем финансирования здравоохранения увеличился в 3,5 раза.

Программой государственных гарантий предусматривалось уменьшение почти на 20% объема стационарной помощи за счет развития стационарозамещающих форм, а также планировался рост доли расходов на амбулаторно-поликлиническую помощь.

Анализ реализации Программы государственных гарантий показал, что диспропорции объемов медицинской помощи на разных этапах ее оказания сохраняются, а развитие стационарозамещающих форм организации медицинской помощи осуществляется очень медленно.

Скорая медицинская помощь как вид медицинской помощи имеет свои особенности, к которым относятся: доступность (безотказный характер предоставления); определяющее значение фактора времени («золотой час»); диагностическая неопределенность (необходимость посиндромной диагностики и терапии); многопрофильность; этапность оказания; преемственность оказания помощи между этапами; высокая ресурсоемкость. Эти особенности явились причиной создания в нашей стране лечебно-профилактических учреждений скорой медицинской помощи.

В ряде регионов ЦФО (Московская, Тверская области) нет центров скорой медицинской помощи по обслуживанию сельского населения, хотя обращаемость жителей села на скорую медицинскую помощь не ниже, а зачастую и выше, чем у горожан, и составляет по Московской области 368,4 на 1000 населения и Тверской области – 332,1.

Снижение уровня жизни населения, повышение уровня травматизма, в первую очередь дорожно-транспортного и криминогенного, ослабление профилактической направленности здравоохранения, ограниченная доступность медикаментов для большинства людей пожилого возраста требуют внесения коррективов в дальнейшее развитие скорой медицинской помощи в России.

Одной из самых важных проблем в стране является лекарственное обеспечение. В настоящее время сложившаяся структура управления фармацевтическими организациями не обеспечивает выполнение ими всех задач по эффективному лекарственному обеспечению населения и лечебно-профилактических учреждений, государственных гарантий в этой области.

Из общего числа аптек и аптечных пунктов в субъектах Федерации на территории ЦФО около 60% являются государственными (муниципальными) учреждениями, в оптовом звене их только 5%. В настоящее время в ЦФО, как и на российском фармацевтическом рынке, упрочили позиции крупные компании, способные влиять на рыночную ситуацию, начали формироваться вертикальные маркетинговые системы, в состав которых входят аптечные склады и предприятия розничной торговли, а иногда и предприятия – производители лекарственных средств.

Вопросы лекарственного обеспечения, в том числе льготных категорий населения (инвалидов, ветеранов и др.), являются одним из основных направлений



деятельности органов управления здравоохранением в субъектах Федерации на территории ЦФО в рамках Программы государственных гарантий.

В настоящее время льготами по лекарственному обеспечению пользуется 21% населения, т.е. около 7,5 млн. человек. Из них примерно 4,2 млн. человек имеют право на бесплатное приобретение лекарственных средств, а остальные – на 50%-ную скидку. При этом количество инвалидов в ЦФО составляет примерно 2,9 млн. человек, а это 8% от общего количества жителей в ЦФО.

Средняя стоимость бесплатного рецепта в 2002 году возросла на 3,9% и составила 96 руб. 40 коп., средняя стоимость льготного рецепта возросла на 2,2% и составила 48 руб. 95 коп.

Доля удовлетворения потребности в лекарственных средствах в ЦФО (от числа обратившихся) составила 90% (в 2001 году – 78,1%).

В вопросах лекарственного обеспечения льготных категорий населения требуется решение ряда проблем, связанных с совершенствованием нормативной базы в сфере оборота лекарственных средств, финансированием мероприятий на указанные цели, порядком назначения лекарственных средств. Требуется принятие более жестких мер регулирования отношений в сфере обращения лекарственных средств. С этой целью необходимо внести изменения и дополнения в уже принятые федеральные законы «О лекарственных средствах», «О наркотических средствах и психотропных веществах».

В субъектах Российской Федерации составляются территориальные формуляры лекарственных средств на основе федерального формуляра, ежегодно обновляемого и дополняемого по мере необходимости специалистами Формулярного комитета Минздрава России. Федеральный формуляр содержит свыше 700 непатентованных наименований лекарственных средств, или свыше 3,5 тыс. торговых наименований. Этой номенклатуры лекарств достаточно для лечения практически всех заболеваний.

К сожалению, дефицит средств бюджетов всех уровней и обязательного медицинского страхования не позволяет в достаточной мере гарантировать выполнение федеральных законов, устанавливающих право отдельных категорий граждан на получение лекарственных средств на льготных условиях при амбулаторном и стационарном лечении.

Рекомендовано руководителям органов управления здравоохранением субъектов Федерации на территории ЦФО: уделять особое внимание совершенствованию внедрения в практику муниципального здравоохранения формулярной системы; своевременно обновлять перечень жизненно важных и необходимых лекарственных средств; взаимодействовать с органами управления здравоохранением муниципальных образований в целях усиления контроля за соблюдением лицензионных требований и условий в фармацевтической деятельности; усовершенствовать информационные технологии процесса лицензирования фармацевтической деятельности.

Обеспеченность населения субъектов Федерации на территории ЦФО медицинскими кадрами представлена в табл.1.

Основными задачами органов управления здравоохранением на территории ЦФО являются обеспечение функционирования и дальнейшего развития 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.

Международное сотрудничество в области здравоохранения – это многогранная сфера деятельности. Объединение усилий государств, межправительственных и неправительственных организаций, отдельных коллективов и специалистов в решении актуальных проблем медицинской науки и практики позволяет всем участникам этого сотрудничества получать желаемые результаты со значительной экономией ресурсов и времени. Наиболее успешно международное сотрудничество развивается между здравоохранением Смоленской области и Республикой Беларусь.

Проведено 12 совместных выездных коллегий (Витебск, Полоцк, Орша, Браславль, Миоры – Беларусь; Смоленск, Демидов – Россия) по наиболее актуальным проблемам здравоохранения: «Совершенствование скорой медицинской помощи», «Актуальные проблемы охраны материнства и детства», «Состояние медицинской помощи населению детского и старческого возраста» и др.

Проведены 4 межреспубликанские научно-практические конференции («Медицина Беларуси XX века», «Первое Российское совещание главных медицинских сестер психиатрических учреждений», «Современные методы диагностики и лечения в кардиологии и нефрологии», «СПИД. Проблемы и перспективы»).

Медики Белоруссии приняли деятельное участие в проведенных в Смоленске Минздравом России международных научно-практических конференциях хирургов-гепатологов, детских эндокринологов. Участвовавшая в конференции детских эндокринологов начальник управления охраны здоровья матери и ребенка МЗ РФ Д.И. Зелинская положительно оценила уровень деловых отношений между витебскими и смоленскими медиками.

Группа медиков Смоленщины участвовала в первом съезде врачей Беларуси, что способствовало укреплению, дальнейшему расширению взаимоотношений смоленских медиков с белорусскими коллегами.

Сеть научно-исследовательских учреждений, подведомственных Минздраву России и Российской академии медицинских наук (РАМН), на территории ЦФО самая обширная в Российской Федерации. В их числе особую роль занимает Московский областной научно-исследовательский клинический институт (МОНИКИ), которому в 2003 году исполняется 230 лет.

В связи с эпидемией чумы в России (1770–1773 годы), в результате которой погибла половина населения Москвы, специальным указом Екатерины II на 3-й Мещанской улице (ныне улица Щепкина) был организован противочумный карантин – «Карантинные дома» (1772–1773 годы). На этой базе в 1776 году, а также по указу императрицы создана больница, названная



в честь ее учредительницы Екатерининской. Учитывая высочайший патронаж, ее еще называли «Екатерининская Императорская больница». Это была вторая больница в Москве для гражданского населения после Павловской больницы (ныне 4-й Градской), учрежденной в 1763 году на 25 коек.

Наряду с выделением больных терапевтического и хирургического профиля, в больнице вскоре после ее организации были созданы отделения для душевных больных и сифилитическое (Мясницкое) отделение. В 1870 году впервые в России было открыто неврологическое отделение, где работали А.Я. Кожевников, В.К. Рот – создатели отечественной школы неврологии. В 1874 году впервые организовано ЛОР-отделение (Н.Я. Шкот), которое стало основоположником данного направления в России. В 1875 году открыто гинекологическое отделение, где работал В.Ф. Снегирев – родоначальник оперативной гинекологии. Родовспомогательное отделение, открытое в 1890 году, после завершения строительства нового кирпичного корпуса (1909 год) превратилось в самый крупный роддом Москвы на 104 койки. Его возглавил Г.Л. Грауэрман – основоположник системы охраны материнства и детства в России.

И.Н. Габричевский в 1895 году организовал на территории больницы и возглавил Бактериологический институт, который в последующем стал Институтом вирусологии и микробиологии, носящим имя своего основателя.

В 1906 году А.И. Лапшин создал первое в Москве пульмонологическое (туберкулезное) отделение, которое в 1918 году было преобразовано в Институт туберкулеза.

В 1923 году (80 лет назад) больница получает институтский статус в связи с преобразованием в МКИ – Московский клинический институт усовершенствования врачей, а в 1930 году, после образования Московской области, получает название МОКИ – Московский областной клинический институт. Главной функцией учреждения стала последипломная подготовка врачей. В 1943 году (60 лет назад) устанавливается окончательный статус учреждения – МОНИКИ, Московский областной научно-исследовательский клинический институт.

Наряду с этим в течение 20 лет институт выполнял также функции высшего учебного заведения: МОКИ-Медвуз (1931 год), III Московский государственный медицинский институт (1940 год), Медицинский институт Минздрава РСФСР (1943 год). В конечном итоге последний был переведен в г. Рязань (1949 год). Таким образом, данное учреждение явилось родоначальником Рязанского государственного медицинского университета.

В 1990 году в МОНИКИ был создан собственный факультет усовершенствования врачей, который в настоящее время насчитывает 24 кафедры и курса. В результате функция последипломной подготовки врачей вновь вернулась в это учреждение.

Минувший XX век в плане творческой отдачи для данного учреждения был самым эффективным. Продолжилось тесное сотрудничество с медицинским факультетом МГУ (теперь ММА им. И.М. Сеченова), а затем Центральным институтом усовершенствования врачей (Российская медицинская академия последипломного

образования) и вновь открывающимися монопрофильными научно-исследовательскими институтами Минздрава России и Российской академии медицинских наук.

Привлекаемые хорошей и разносторонней клинической базой, здесь начинали работать многие будущие светила медицинской науки. Часть из них оставалась в стенах этого учреждения, а многие возглавили всемирно известные клинические школы. Назовем некоторых из них.

Герцен Петр Александрович – с 1898 по 1920 год работал в Старо-Екатерининской больнице, пройдя путь от ординатора до профессора. Его именем назван Московский онкологический научно-исследовательский институт Минздрава России.

Бурденко Николай Нилович – в 20-х годах возглавлял доцентский курс в МКИ. В последующем стал первым президентом АМН СССР. Его имя носит Институт нейрохирургии РАМН.

Семашко Николай Александрович – работал в МКИ, МОКИ в 1925–1938 годах, первый нарком здравоохранения РСФСР. Институт социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением РАМН носит его имя.

Обух Владимир Александрович – также начинал свою деятельность в Екатерининской больнице. Его имя в течение 20 лет (1923–1940 годы) носил Институт гигиены труда и профзаболеваний АМН СССР.

Приоров Николай Николаевич – вел преподавательскую работу в МОКИ в 1936–1938 годах. В течение 10 лет (1930–1940 годы) был директором Московского областного института травматологии, ортопедии и протезирования, который был переименован в ЦИТО и также получил имя своего основателя (его имя носит и улица, где сейчас находится институт).

Вишневский Александр Васильевич – в 1934–1940 годах работал в МОКИ-Медвузе. Имя его присвоено Институту хирургии РАМН.

Блохин Николай Николаевич – в 50-х годах был руководителем клиники хирургии МОНИКИ. Возглавлял также Институт экспериментальной патологии и терапии рака, который в течение 1954–1958 годов находился в 9-м корпусе МОНИКИ. В последующем Н.Н. Блохин – президент АМН СССР, основатель Онкологического научного центра РАМН (на Каширском шоссе), который носит его имя.

Авцын Александр Павлович – в 1961–1973 годах возглавлял отдел патоморфологии МОНИКИ и одновременно Институт морфологии человека АМН СССР, который в этот период времени размещался в 13-м корпусе МОНИКИ.

В настоящее время МОНИКИ представляет собой уникальный научно-лечебно-учебный комплекс, где работают более 100 профессоров и докторов наук, 300 кандидатов наук (среди них 4 академика и члена-корреспондента АМН, 9 заслуженных деятелей науки, 11 лауреатов Государственной премии и премии Правительства Российской Федерации), а также около 400 врачей, среди которых 20 заслуженных врачей России, более 200 – с высшей и I категорией, 800 медицинских сестер. Штатное расписание института включает около 3300 сотрудников.



Институт располагает собственным стационаром на 1205 коек (30 клиник), из них хирургического профиля – 58%, терапевтического – 42%, детских – 19%. Кроме того, три научных подразделения института находятся на других клинических базах: детская ортопедо-травматологическая клиника – в Областной детской ортопедо-хирургической больнице, детская инфекционная клиника – в Детской городской больнице №2 им. Св. Владимира, детская неврологическая клиника – в Областной психоневрологической больнице. Три кафедры факультета усовершенствования врачей МОНИКИ находятся также на других клинических базах (МОНИИАГ, Областная больница восстановительного лечения, Ступинская клиническая больница).

Научный профиль МОНИКИ состоит из следующих основных направлений: разработка новых способов специализированного хирургического и терапевтического лечения (включая новые методы иммунокоррекции, лазерной медицины, детоксикации и др.) заболеваний пищеварительной системы, неспецифических заболеваний легких (в том числе профессиональной этиологии), сердечно-сосудистых, эндокринных, неврологических, дерматологических заболеваний, патологии опорно-двигательного аппарата и лицевого скелета, мочевыделительной системы (включая трансплантацию почек и литотрипсию), заболеваний ЛОР-органов и органов зрения; разработка эффективных методов диагностики (в том числе лучевых, компьютерных, кристаллографических, лазерных и др.).

Структура института представлена 46 научными подразделениями, среди них 8 – организационно-методического профиля, 18 – хирургического, 12 – терапевтического, 9 – лабораторно-диагностического. Более 10 лет МОНИКИ выполняет функции головного учреждения Минздрава России по научной разработке хирургических заболеваний органов брюшной и грудной полостей, сосудов, эндокринных желез, пересадки почки. При выполнении плана научно-исследовательских работ институт сотрудничает со 100 научно-исследовательскими и практическими учреждениями РАН, РАМН, Министерства здравоохранения, Министерства науки России и Московской области. В МОНИКИ проводятся исследования по 40 направлениям медицинской науки. Лишь за последние 10 лет сотрудниками института опубликовано 7 тыс. научных работ, 350 учебно-методических пособий, 100 монографий. Получено 250 патентов на изобретения. Защищено 55 докторских и 200 кандидатских диссертаций.

На базе института с 1976 года работает Специализированный ученый совет по присуждению ученых степеней доктора и кандидата медицинских наук по хирургии, травматологии и ортопедии, урологии, на котором за этот период соискателями из различных регионов страны и зарубежья успешно защищено около 400 диссертаций.

МОНИКИ – единственный в стране клинический научно-исследовательский институт, на базе которого впервые создан и успешно работает факультет усовер-

шенствования врачей с 24 кафедрами и курсами, где ежегодно проходят профессиональную переподготовку около 400 врачей и повышают свою квалификацию более 3500 врачей Московской области. Ежегодно в клинической ординатуре по 19 специальностям обучается 150 врачей региона, на циклах специализации (по 28 наименованиям), на рабочих местах проводится обучение 600 врачей Подмосковья. За 12 лет своего существования на факультете прошли подготовку более 35 тыс. медицинских работников Московской области, в клинической ординатуре – 1330 врачей, в интернатуре – более 400, в аспирантуре – 80. Среди всех врачей Подмосковья 75% прошли последиplomную подготовку в стенах МОНИКИ.

Специфика МОНИКИ заключается также и в том, что, осуществляя все функции научно-исследовательского института Минздрава России, он является крупнейшей структурой здравоохранения Московской области, выполняя одновременно функции регионального многопрофильного центра по оказанию высококвалифицированной лечебно-диагностической и консультативной помощи населению Подмосковья, по подготовке специалистов высокой квалификации и по внедрению новых медицинских технологий в лечебно-профилактические учреждения. Консультативную помощь больным по 40 медицинским специальностям сотрудники МОНИКИ оказывают в поликлинике института, в других областных лечебных учреждениях, а также при плановых и экстренных выездах в ЛПУ Подмосковья (5 тыс. в год). Сотрудники института ежегодно консультируют 200 тысяч больных, из них около 23 тыс. – с наиболее сложной патологией – госпитализируются в клиники МОНИКИ. В год выполняется 14 тыс. операций. Научный руководитель клинического или диагностического подразделения, как правило, является одновременно заведующим соответствующей кафедры (курса) факультета усовершенствования врачей и председателем областного научно-практического общества, ассоциации специалистов (в Подмосковье имеются 16 областных обществ и ассоциаций). На него также возложены обязанности главного внештатного специалиста Минздрава Московской области. Сосредоточение в одном лице функций руководителя научной разработки, клиники (лаборатории) института и ответственного за подготовку кадров содействует созданию стройной и единой системы организации по каждому профилю медицины в регионе.

Подводя итоги состоянию работы органов и учреждений здравоохранения и хода реформ в здравоохранении субъектов Российской Федерации на территории Центрального федерального округа в 2002 году и планируя действия отрасли, в соответствии с указаниями Минздрава России, предстоит уделить особое внимание отработке отраслевых целевых программ «Управление качеством в здравоохранении на 2003–2007 годы», «Программы реструктуризации коечной сети» и отработке Плана мероприятий по реализации данных отраслевых программ.

ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ ГОРОДА МОСКВЫ

РУКОВОДИТЕЛЬ
ДЕПАРТАМЕНТА
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ГОРОДА МОСКВЫ
Андрей Петрович
Сельцовский



Состояние здоровья населения города испытывает на себе влияние многочисленных факторов и является интегральным отражением природных, коммунально-бытовых, социальных и экономических процессов, происходящих в обществе.

Проблема охраны здоровья населения Москвы как крупнейшего мегаполиса приобретает особую актуальность в силу высокой плотности населения (8300 человек на 1 кв. км) и многочисленных воздействий экзогенных (неестественных факторов). Численность постоянного населения составляет почти 9 млн. человек, около 2 млн. человек ежегодно приезжают в город из ближайшего Подмосковья, до 3 млн. граждан регионов Российской Федерации и зарубежных государств находятся на территории города. Таким образом, ежегодно в Москве пребывает в среднем 13,0–13,5 млн. человек, в том числе до 2 млн. детей.

Из общей численности населения в возрасте молодеж трудоспособного находится в среднем 19,0%, в трудоспособном – 58,0%, в возрасте старше трудоспособного – 23%, что позволяет по международным демографическим критериям отнести население Москвы к «старому». Коэффициент демографической нагрузки составляет 702 на 1000 населения трудоспособного возраста.

В течение минувшего десятилетия в демографической ситуации Москвы (как и страны в целом) произошли существенные негативные изменения – сниже-

ние рождаемости, рост смертности, приведшие к сокращению численности населения. Анализ данных за последние пять лет свидетельствует о начале оздоровления демографической ситуации в городе. В Москве в 2002 году родилось 82 930 человек. Благоприятным для демографической ситуации в Москве является рост показателей рождаемости до уровня 9,4 на 1000 населения в 2002 году, что на 32,4% больше, чем в 1993 году. Намечилась стабилизация показателей смертности населения. Число умерших на протяжении последних лет составляло 15,6–15,8 на 1000 населения. В 2002 году показатель смертности в Москве несколько ниже, чем в среднем по России.

Численность населения в основном уменьшилась из-за естественной убыли, число умерших превышает число родившихся за год в среднем на 40–50%. Первое место среди причин смерти горожан занимают болезни системы кровообращения, затем следуют злокачественные новообразования, несчастные случаи, травмы и отравления. Особую социально-экономическую значимость имеют высокая смертность трудоспособного населения и увеличение заболеваемости москвичей, особенно детей и подростков, по многим классам болезней.

В Москве за последнее десятилетие отмечается постоянное снижение показателя смертности детей 0–14 лет. Среди причин смертности ведущее место занимают врожденные аномалии, травмы и несчастные случаи, составляющие более половины всех случаев смерти детей в возрасте 0–14 лет. Более 73% всех случаев смерти подростков обусловлены смертностью от травм и несчастных случаев.

Общее число заболеваний у взрослого населения, зарегистрированных при обращении в амбулаторно-поликлинические учреждения за последние 2 года, остается практически неизменным. У каждого взрослого москвича ежегодно регистрируется в среднем 1,5 заболевания. Уровень обращаемости за медицинской помощью детей и подростков превышает этот показатель в предыдущие годы.

Стабильно на первом месте у взрослого населения регистрируются болезни органов кровообращения – 22,3%, на втором месте – болезни органов дыхания – 19,0%, на третьем – болезни органов пищеварения – 8,9%. В течение последнего года произошло увеличение регистраций болезней эндокринной системы – на 4,7%, на 2% и более – заболеваний нервной и костно-мышечной систем.

Ежегодно увеличивается число отравлений и травм, причем более половины из них – бытовые травмы, на втором месте – уличные.

Первое ранговое место в структуре общей заболеваемости детей и подростков занимают болезни органов дыхания: у детей – 52%, у подростков – 37%. В динамике за последние 5 лет первичная заболеваемость детей болезнями системы кровообращения возросла в 1,6 раза, костно-мышечной системы – в 1,4 раза, на 20–30% увеличились показатели заболеваемости болезнями эндокринной системы, крови, мочеполовой системы, бронхиальной астмой, миопией – на 15%. Растет число травм у детей. Каждый 7-й ребенок в 2003 году получил хотя бы одну травму. 15% детей имеют хроническую патологию и состоят под диспансерным наблюдением у врачей. За время пребывания в школе число детей с нарушениями осанки увеличивается с 7,7% перед поступлением в школу до 12,1% к 15 годам, со сколиозом – с 0,9 до 8,2%, с понижением остроты зрения – соответственно с 9,1 до 22%.

На 100 тыс. подростков ежегодно регистрируется 170–180 тыс. заболеваний, то есть около двух на одного человека. Под диспансерным наблюдением состоит 32% подростков, причем юношей – 38%. Диспансерный контингент – это хронически больные люди, имеющие порой несколько заболеваний.

Правительством Москвы в целях снижения заболеваемости и смертности населения от болезней системы кровообращения определена разработка региональной целевой программы «Профилактика и лечение артериальной гипертензии в г. Москве», предусматривающей внедрение технологий производства продуктов питания с пониженным содержанием холестерина, липидов, солей натрия. Реализация указанных технологий уже осуществляется в городе.

Значительная часть заболеваний в Москве обусловлена воздействием неблагоприятных экологических факторов, в число которых входит загрязнение атмосферного воздуха. По данным контроля загрязнения атмосферного воздуха на маршрутных постах выявлено, что средние по городу концентрации диоксида азота, оксида углерода, суммарных углеводородов имеют небольшое снижение, тогда как концентрации взвешенных веществ, бензола, фенола и формальдегида увеличиваются. Результаты исследований, полученные в последнее время, свидетельствуют о том, что компоненты выбросов автотранспорта существенно влияют на величину риска заболеваемости населения болезнями органов дыхания. С отработанными газами автотранспорта в атмосферный воздух поступает до 200 различных химических веществ, среди которых особенно опасен ак-

ролеин. Наблюдается рост заболеваемости населения астмой, которая увеличилась на 30%.

На фоне увеличения интенсивности воздействия экологических факторов возрастает риск факторов медико-социальной природы, ухудшилась структура питания, и как следствие наблюдается рост показателей заболеваемости болезнями эндокринной системы, алиментарно-зависимой патологией (йоддефицитные заболевания, анемии, болезни органов пищеварения). Недостаток потребления населением белка, витаминов и полезных микроэлементов, в том числе железа, йода, селена, фтора, особенно остро отражается на состоянии здоровья растущего организма.

Благодаря комплексному подходу при проведении профилактических мероприятий в Москве в течение последних 6–7 лет удается сдерживать заболеваемость острыми респираторными вирусными инфекциями и гриппом. Планово проводимая активная иммунизация детей способствует снижению заболеваемости такими инфекциями, как корь, эпидемический паротит, коклюш. Успешно реализуется программа по ликвидации полиомиелита. Продолжилось снижение заболеваемости скарлатиной.

В то же время продолжается рост заболеваемости гепатитом А. Подъем заболеваемости имеет место во всех возрастных группах, при этом наблюдается существенное увеличение эпидемических вспышек. С целью усиления борьбы с гепатитом А в Москве проведена селективная вакцинация школьников в очагах инфекции. Об эффективности данного мероприятия свидетельствует ограничение очагов 1–2 случаями заболеваний и 6-кратное снижение заболеваемости среди привитых.

Отмечается значительный рост числа впервые выявленных больных хроническими формами гепатитов В и С. Основной контингент больных – это подростки и лица до 30 лет.

Сохраняется эпидемиологическое неблагополучие по туберкулезу, в основном за счет высокого удельного веса фиброзно-кавернозного туберкулеза, а также остро прогрессирующих, распространенных процессов с деструкцией легочной ткани.

Несмотря на то, что эпидемиологическая ситуация по туберкулезу в Москве остается сложной, она более благоприятна по сравнению с другими регионами России. Эффективность лечения как впервые выявленных больных туберкулезом, так и контингентов, состоящих на учете в диспансерах, в течение 5 лет сохраняется на более высоком уровне, чем в других территориях.

Напряженной остается ситуация по заболеваемости туберкулезом среди мигрантов, лиц «БОМЖ» и прибывших из мест лишения свободы. На долю этих контингентов приходится более трети всех больных туберкулезом.

Мероприятия, проводимые в рамках принятой Правительством Москвы межведомственной комплексной программы «Неотложные меры борьбы с туберкулезом в г. Москве», позволили ограничить распространение инфекции среди населения. С целью раннего выявления и лечения туберкулеза лицам, впервые обратившимся в поликлинику, профилактическая флюорография прове-



дена в среднем в 91,5% случаев от плановой величины, лиц из окружения новорожденных – в 100%, студентов и подростков – на 86% и 93,8% соответственно.

Продолжается рост числа лиц, страдающих наркоманиями. В структуре учтенных контингентов, страдающих наркотическими заболеваниями, продолжает увеличиваться доля женщин, страдающих алкоголизмом, алкогольными психозами и наркоманией.

В рамках выполнения программы «Комплексные меры противодействия злоупотреблению наркотиков и их незаконному обороту» создана и расширена сеть кабинетов для оказания наркотической помощи детям и подросткам в поликлиниках, усилен контроль за хранением, учетом и использованием наркотических и психотропных препаратов, увеличено число коек для больных наркологического профиля, введен в строй филиал наркологической клинической больницы №17 на 600 коек, который был построен по специально разработанному проекту, не имеющему аналогов в России. Результатом проделанной работы явился тот факт, что впервые за последние 5 лет отмечено не только уменьшение темпов прироста, но и уменьшение числа подростков, страдающих наркоманией.

Вышеизложенные факты, в целом отражающие состояние здоровья москвичей, свидетельствуют о необходимости продолжения комплексной и целенаправленной работы по оздоровлению населения города.

Консолидированный бюджет отрасли «Здравоохранение» в 2002 году был сформирован в основном из:

- средств городского бюджета;
- средств, поступающих из Московского городского фонда обязательного медицинского страхования;
- внебюджетных средств, поступающих от оказания платных медицинских услуг в тех или иных формах.

Общий объем консолидированных средств отрасли в 2002 году составил 32 927,7 млн. руб. При этом из городского бюджета поступило 22 559,7 млн. руб., или 68,5 %, объем средств ОМС составил – 9364,0 млн. руб., или 28,4%, внебюджетных средств – 1003,0 млн. руб., или 3,1%.

Расходы отрасли на одного москвича в 2002 году составили 3 735 руб., что на 38,8% выше аналогичных расходов в 2001 году (2691 руб.).

При формировании проекта бюджета на 2002 год Департаментом здравоохранения города Москвы был подготовлен проект бюджета, учитывающий реальную потребность отрасли, объем которого составил 28,7 млрд. руб. Фактически было выделено 25,5 млрд. руб., т.е. значительно меньше потребности, что с самого начала финансового года определило работу ЛПУ в условиях дефицита.

Темп роста расходов отрасли составил 40% относительно 2001 года.

При этом наибольший темп роста – 60% – приходится на расходы по оплате труда. По сравнению с 2001 годом средняя заработная плата работников в медицинских учреждениях, подведомственных Департаменту, составила 5091 руб., или возросла в среднем на 1800 руб. в месяц. У врачей заработная плата увеличилась в среднем свыше 2000 руб. в месяц и составила 7100 руб., у среднего медицинского персонала – на

1500 руб. и составила 4700 руб. В 2002 году средняя зарплата младшего персонала составила 3100 руб.

Вопросы повышения заработной платы работников здравоохранения – зона особого внимания Правительства Москвы.

Значительно увеличились расходы отрасли по статье «Медикаменты», они возросли по сравнению с 2001 годом в 1,5 раза. Причем расходы, связанные с приобретением медикаментов для сети ЛПУ, возросли на 70% и составили 3943 млн. руб., а расходы по бесплатным медикаментам для декретированной группы населения увеличились на 30% и составили 3540 млн. руб. Возросли расходы на медикаменты и перевязочные средства в стационарных лечебно-профилактических учреждениях отрасли. Так, расходы на одного больного в день в 2000 году составляли в среднем 85 руб., а в 2002 году они возросли до 123 руб. В зависимости от профиля ЛПУ расходы на медикаменты и перевязочные средства на одного человека колеблются от 50 руб.

(психиатрические больницы) до 133 руб. (скоропомощные, онкологические больницы). Для лекарственного обеспечения декретированных групп населения столицы из средств городского бюджета было направлено 3540 млн. рублей.

На обеспечение в полном объеме льготных категорий детей бесплатными молочными смесями было направлено 700,8 млн. руб. На обеспечение льгот по бесплатному зубо- и слухопротезированию – 299,6 млн. руб.

В рамках предусмотренных в бюджете отрасли ассигнований в 2002 году направлено на реализацию мероприятий по целевой программе «АнтиВИЧ/СПИД» 140,0 млн. руб. и программе «Неотложные меры борьбы с туберкулезом» – 155,2 млн. руб.

Кроме того, в целях проведения мероприятий по реализации Закона Российской Федерации «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» за счет средств федерального бюджета произведена закупка медикаментов на сумму 161,8 млн. руб.

В 2002 году значительно были увеличены (в 1,5 раза) расходы отрасли, связанные с приобретением медицинского оборудования и предметов длительного пользования. Расходы отрасли по данной статье составили 1743,8 млн. руб. Возросли объемы городского заказа по закупке мебели до 121,5 млн. руб. (в 2000 году – 7 млн. руб.).

На основании соответствующих распоряжений Правительства Москвы в ЛПУ поставлено оборудования на общую сумму 744,6 млн. руб., что позволило практически решить вопрос с заменой устаревшего флюорографического и маммографического оборудования.

В 2002 году на проведение капитального ремонта было выделено 828,4 млн. руб., что в 1,1 раза больше, чем в 2001 году.

В 2002 году введены следующие объекты:

- 3 поликлиники в Марьино (ЮВАО) на 750 посещений в смену каждая;
- 1 поликлиника в Митино (СЗАО) на 750 посещений в смену;
- 2 хосписа;
- боксированный корпус на 300 коек инфекционной клинической больницы №2;



- хирургический корпус Московской клинической онкологической больницы №62;
- автобаза в Чертаново и т.д.

За счет капитальных вложений было приобретено 270 единиц автотранспорта на сумму 70 млн. руб.

В 2002 году в полном объеме были профинансированы расходы на питание (стоимость питания на 1 койко-день в 2002 году составила 46 руб.). Стабильное финансирование позволило ЛПУ своевременно производить оплату коммунальных платежей, транспортных расходов.

В 2002 году при имевшем место дефиците средств по отдельным статьям расходов отрасль в целом функционировала достаточно стабильно и в основном справилась с поставленными перед ней задачами. Одной из основных задач, которые стоят перед Департаментом здравоохранения города Москвы, является поиск внутренних финансовых резервов при рациональном использовании имеющихся бюджетных средств.

Медицинскую помощь населению города Москвы в настоящее время оказывают 39 159 врачей, 73 729 средних медицинских работников, 17 263 младшего обслуживающего персонала.

Укомплектованность врачами, при коэффициенте совместительства 1,4 составляет 88,3%, специалистами со средним медицинским образованием – 88,5%, младшим медицинским персоналом – 70,5%.

Основными источниками первичной подготовки и обеспечения медицинских учреждений Москвы врачами являются три медицинских вуза: Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова, Российский государственный медицинский университет, Московский государственный медико-стоматологический университет.

В 2000 году три московских медицинских вуза окончили 2430 врачей, в систему Комитета здравоохранения Москвы направлено 588, приступили к обучению в клинической интернатуре 412, окончили ее 327, приступил к работе в поликлинических учреждениях всего 81 врач.

В 2001 году высшее медицинское образование получили 2326 выпускников, в систему Комитета здравоохранения Москвы было направлено 632, в интернатуру зачислены 408, окончили ее 358, приступили к работе в поликлиниках 83. От 20 до 25% поступивших в клиническую интернатуру и ординатуру отчисляются из нее по собственному желанию и не приступают к работе.

Аналогичное положение сложилось при первичной подготовке среднего медицинского персонала. В период 1999–2000 годов прием студентов в 22 медицинских училища, фармацевтическое училище и 2 колледжа составил 19 756 человек, выпуск – 11 728, из них 5845 специалистов, всего около 50% приступили к работе в медицинских учреждениях города.

Дефицит врачебных кадров наиболее выражен в первичном звене здравоохранения – амбулаторно-поликлинических учреждениях по специальностям участковых терапевтов, участковых педиатров. В то же время по таким специальностям, как хирургия, акушерство-гинекология, урология, дерматовенерология, стоматология и ряд других, медицинские учреждения города потребности не испытывают.

В настоящий момент дефицит врачебных кадров составляет свыше 23 тыс. физических лиц, среднего медицинского персонала – свыше 46 тыс. физических лиц, текучесть кадров – 12% в среднем по городу. Участковая служба на 60% укомплектована врачами пожилого возраста, и лишь 4% – лицами моложе 30 лет.

В амбулаторно-поликлинических учреждениях медицинские сестры моложе 30 лет составляют всего 20%.

Среди руководителей медицинских учреждений лица старших возрастных групп составляют свыше 73%, в том числе в стационарных учреждениях руководителей моложе 50 лет – всего 27%.

На укомплектованность городских учреждений здравоохранения медицинскими кадрами отрицательно влияют отмена персонального распределения молодых специалистов, в связи с чем отсутствует обязательная отработка выпускниками образовательных учреждений медицинского профиля бюджетных средств, затраченных на их подготовку; отставание размера заработной платы медицинских работников от уровня жизни, в связи с чем мотивация к труду падает; наличие в Москве свыше 20 систем ведомственного здравоохранения (Министерства обороны, МВД, МЧС, Газпрома и др.), а также развитая сеть частной системы здравоохранения, где при меньшей нагрузке условия труда выгодно отличаются от городских.

Кроме того, свыше 20% медицинских работников являются жителями Московской области. Прогрессирующее увеличение тарифов на железнодорожный транспорт, отдаленность места жительства заставляют этот контингент переходить на работу в медицинские учреждения области.

Дефицит кадров увеличивает нагрузку на работающий медицинский персонал, что, в свою очередь, способствует оттоку медицинских кадров.

Перечисленные факторы неблагоприятно сказываются и на обеспечении медицинских учреждений средними медицинскими работниками и младшим обслуживающим персоналом. По числу медицинских сестер Москва занимает 34-е место среди всех субъектов Российской Федерации, несмотря на развитую сеть средних медицинских образовательных учреждений.

Недостаточный приток молодых специалистов приводит к старению действующего контингента медицинских работников, что ухудшает прогноз кадровой ситуации на ближайшие годы.

В целях решения проблемы дефицита медицинских кадров, на основе имеющейся нормативной базы, в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 19 сентября 1995 года № 942 «О целевой контрактной подготовке специалистов с высшим и средним профессиональным образованием» свыше 40% студентов средних медицинских образовательных учреждений Москвы переведены на обучение по системе целевой контрактной подготовки, что позволило несколько увеличить направление выпускников в систему здравоохранения с 1661 в 2001 году до 3067 в 2002 году.

Во исполнение распоряжения мэра Москвы от 29 июня 1998 года № 645-РМ «О мерах по обеспечению системы здравоохранения Москвы врачебным персоналом» Департаментом здравоохранения организовано Москов-



ское отделение лечебного и педиатрического факультетов Российского государственного медицинского университета для подготовки участковых терапевтов и педиатров. Правовой основой деятельности отделения являются контрактные отношения между Университетом, Департаментом здравоохранения и работодателями, обязывающие выпускника отделения отработать не менее трех лет в системе городского здравоохранения на должностях участковых терапевтов и участковых педиатров.

В 2003 году, по направлениям Департамента здравоохранения, проведен шестой набор студентов на Московское отделение РГМУ в количестве 240 человек. Общий контингент составляет 2440 студентов, первый выпуск врачей будет осуществлен в июне 2004 года.

Во исполнение распоряжения мэра Москвы от 15 апреля 2002 года № 220-РП «О расширении эксперимента по улучшению работы участковой терапевтической службы территориальных поликлиник Юго-Восточного административного округа» Департаментом здравоохранения совместно с Московским городским фондом обязательного медицинского страхования и Управлением здравоохранения Юго-Восточного административного округа с 01.07.2002 года проводится организационный эксперимент по улучшению работы службы участковых врачей, мониторингу их работы, изучению и совершенствованию системы оценки медицинской помощи, за счет средств нормированного страхового запаса.

В результате эксперимента повысились показатели по укомплектованности кадрами, качеству работы, заработной плате медицинских работников участковой терапевтической службы.

Современное состояние кадрового обеспечения отрасли диктует необходимость решения вопроса об обязательной отработке в системе практического здравоохранения средств государственного бюджета, затраченных на подготовку молодого специалиста, что является принципиальным для кадровой политики.

В качестве мер социальной защиты медицинских работников необходимо решение вопросов повышения заработной платы и обеспечения жильем.

В Правительство Москвы представлены согласованные с Правовым управлением предложения об увеличении минимального размера оплаты труда.

Решению вопроса о закреплении медицинских кадров может способствовать предоставление в аренду медицинским работникам жилой площади на время работы. В соответствии с проектом Жилищного кодекса Российской Федерации утверждение перечня категорий работников, которым могут быть предоставлены жилые помещения на время работы, устанавливается федеральным законодательством и законодательством субъектов Российской Федерации. Соответствующие предложения направлены в Правительство Российской Федерации.

Существенную помощь в обеспечении медицинских учреждений города врачевными, средними медицинскими кадрами и младшим обслуживающим персоналом может оказать реализация Федерального закона от 25 июля 2002 года № 113-ФЗ «Об альтернативной гражданской службе».

В соответствии с п.4 ст.4 указанного закона перечни работ, профессий, должностей, на которых могут быть заняты граждане, проходящие альтернативную гражданскую службу, а также организаций, где предусмотрено прохождение альтернативной гражданской службы, определяются в порядке, установленном Правительством Российской Федерации.

Правительством Москвы направлено предложение в Правительство России с тем, чтобы при подготовке перечня видов работ, профессий и должностей, на которых могут быть заняты граждане, проходящие альтернативную гражданскую службу, а также организаций, где предусмотрено ее прохождение, были предусмотрены медицинские учреждения, должности младшего и среднего медицинского персонала.

Реализация указанных мер должна способствовать улучшению укомплектованности отрасли медицинскими кадрами и закреплению их на рабочих местах.

Все вышеуказанные мероприятия нашли свое отражение в постановлении Правительства Москвы от 14 января 2003 года №9-ПП «О неотложных мерах по обеспечению медицинскими кадрами учреждений системы здравоохранения города Москвы».

В целях улучшения кадрового обеспечения городского здравоохранения квалифицированным медицинским персоналом и улучшения качества медицинского обслуживания населения столицы Департаментом здравоохранения города Москвы был издан приказ, на основе которого был разработан комплексный план мероприятий по реализации постановления Правительства Москвы от 14 января 2003 года № 9-ПП «О неотложных мерах по обеспечению медицинскими кадрами учреждений системы здравоохранения города Москвы».

По состоянию за восемь месяцев 2003 года основная часть мероприятий по реализации постановления Правительства Москвы от 14 января 2003 года №9-ПП «О неотложных мерах по обеспечению медицинскими кадрами учреждений системы здравоохранения города Москвы» выполнена.

Выполнение намеченных программ позволяет повысить качество оказания медицинской помощи жителям Москвы.

Существуют отдельные направления здравоохранения, заслуживающие серьезного внимания и решения по их развитию. К ним следует отнести: безусловное выполнение государственных гарантий обеспечения населения бесплатной медицинской помощью, усиление контроля за рациональным и экономным использованием ресурсов отрасли, эффективное использование потенциала негосударственных медицинских структур для реализации городских программ медицинского обеспечения населения, меры по оптимизации лекарственных для городского здравоохранения научных разработок и строгий контроль внедрения их результатов, дальнейшее реформирование стационарной сети и централизация диагностических (лабораторных и инструментальных) служб, развитие профилактического направления в охране здоровья населения.

СЕВЕРО-ЗАПАДНЫЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ОКРУГ

ПРЕДСТАВИТЕЛЬ
МИНЗДРАВА РФ
В СЕВЕРО-ЗАПАДНОМ
ФЕДЕРАЛЬНОМ ОКРУГЕ
Александр Владимирович
Шабров



ОСНОВНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ В СЕВЕРО-ЗАПАДНОМ ФЕДЕРАЛЬНОМ ОКРУГЕ

Северо-Западный регион Российской Федерации охватывает одиннадцать административных территорий (Санкт-Петербург, Ленинградская, Калининградская, Мурманская, Архангельская, Псковская, Новгородская, Вологодская области, Карельская Республика, Республика Коми и Ненецкий АО) и занимает северную часть Восточной Европы площадью 9,8% от всей территории России, включая острова Баренцева моря – Новую Землю, Землю Франца-Иосифа и др.

Население – 14,848 млн. чел.

Центр округа – г. Санкт-Петербург.

Территория округа – 1854,7 тыс. км².

В Северо-Западном федеральном округе России (СЗФО) раньше, чем в других регионах России и СССР, стали проявляться негативные тенденции в воспроизводстве населения: уменьшение численности населения, естественная убыль, выраженная сверхсмертность мужчин трудоспособного возраста, снижение показателя средней продолжительности жизни. В современных социально-экономических условиях для СЗФО и особенно для Санкт-Петербурга характерно выраженное снижение общей численности населения. Отмечена резкая по

сравнению с другими регионами тенденция к снижению рождаемости (8,1‰). Снижение рождаемости свойственно многим странам, однако Российская Федерация и особенно СЗФО характеризуются уникально низкой рождаемостью. Прогнозы резкого ухудшения основных показателей здоровья указывают на необходимость рассматривать эту проблему во взаимосвязи с социально-экономическим развитием и укреплением безопасности страны. Данные свидетельствуют, что на территории Северо-Западного региона эти показатели особенно неблагоприятны (Ленинградская область – 7,8‰; Псковская область – 8,4‰; Новгородская область – 8,8‰; РФ – 9,8‰).

Постоянное снижение численности трудоспособного населения обусловлено неблагоприятием в процессах естественного движения: снижение рождаемости (в 2 раза), увеличение смертности (в 1,5 раза), высокие показатели младенческой смертности, не компенсируемые миграционным приростом.

Суммарный коэффициент рождаемости – число детей, рождаемых в расчете на одну женщину, находящуюся в репродуктивном возрастном периоде, – снизился до 0,94, что в два раза ниже минимального уровня простого воспроизводства.

Снижение рождаемости произошло за счет наиболее благополучных с репродуктивной точки зрения возрастных групп 20–24 и 25–29 лет, где коэффициенты повозрастной рождаемости снизились практически вдвое. По прогнозам Госкомитета, ежегодно в Санкт-Петербурге численность населения будет снижаться на 25–35 тыс. человек. Доля детей становится меньше, чем лиц пенсионного возраста (регрессивный тип воспроизводства), а это не обеспечивает даже простого воспроизводства населения.

Сокращение рождаемости отмечено в большей мере в Санкт-Петербурге, Ленинградской, Новгородской и Псковской областях. При этом в 1,9 раза уменьшилось число младенцев, родившихся вторыми и третьими. Такие процессы способствуют демографическому старению населения. Более того, продолжается естественная убыль на-

селения (т.е. превышение смертности над рождаемостью), которая постоянно увеличивается и достигла по СЗФО к 2002 году -8,6, в Санкт-Петербурге -8,5, в Новгородской и Псковской областях -13,1 и -15,1 соответственно.

Сокращение детского населения и рост удельного веса старших возрастных групп привело к тому, что за последние 10 лет население Санкт-Петербурга «постарело» в среднем на 2,5 года, в том числе женское – на 2,2 года и мужское – на 2,9 года, т.е. средний возраст населения увеличился на 6,9%.

Продолжают распадаться семьи (снижение брачности при росте разводимости), растут показатели числа женщин, никогда не состоявших в браке, отмечается снижение среднего возраста вступления в первый брак, продолжает расти интенсивность внебрачных рождений на общем фоне падения рождаемости практически на всех территориях СЗФО. Если этот процесс не остановить, то наполняемость школьных и дошкольных учреждений в ближайшие 10 лет уменьшится почти наполовину. Стабильно возрастает число разводов в семьях по сравнению с заключенными браками (на 1000 браков до 600 и более разводов).

Продолжает увеличиваться общий уровень (17,4‰) и по возрастной показатель смертности населения (в Калининградской области – 17,5‰; в Карелии – 17,8‰; в Псковской области – 23,5‰; в Новгородской области – 21,9‰; РФ – 16,3‰ на 1000 населения). В структуре причин смертности взрослого населения преобладают болезни системы кровообращения (58,8%), новообразования (20,1%), несчастные случаи, отравления, травмы (11,7%).

С 1990 по 2002 год показатель смертности по Санкт-Петербургу увеличился среди лиц трудоспособного возраста – на 18,8%, среди лиц старше трудоспособного возраста – на 1,7%. Вместе с тем детская смертность сократилась на 45,6%, смертность среди лиц младше трудоспособного возраста – на 22,6%. На протяжении многих лет общие тенденции в смертности населения страны определяет ситуация со сверхсмертностью людей рабочих возрастов. Доля преждевременной смертности населения – смертность в трудоспособном возрасте – составляет 30% всех умерших. Отмечается существенное превышение смертности мужчин над показателями у женщин по всем классам заболеваний. Так, стандартизированный по возрасту показатель смертности по причине болезней системы кровообращения отличается в 1,5 раза, злокачественных новообразований – в 2,2 раза, травм и отравлений – в 4,1 раза, патологии органов дыхания – в 3,1 раза, органов пищеварения – в 2,0 раза, инфекционных и паразитарных болезней – в 3,5 раза, смертность от убийств возросла на 110%, от самоубийств – на 40%.

Остается высоким уровень материнской смертности (27,9 на 100 тыс. родившихся), т.е. в 2–4 раза выше, чем в экономически развитых западно-европейских странах (в Вологодской области – 62,5; в Мурманской области – 45,6; РФ – 33,6). В структуре причин материнской смертности увеличивается доля сепсиса, не снижается доля смертности от кровотечений, аборт, токсикозов, экстрагенитальной патологии. Свыше 30% случаев материнской смертности происходит в учреждениях здравоохранения, мало приспособленных для оказания квалифицированной

помощи, а экспертиза показывает, что 80% случаев материнской смертности можно было бы предотвратить методами профилактического или лечебного характера. Вообще среди всех причин смерти населения до 42% являются предотвратимыми при своевременном и качественном оказании необходимой помощи.

В Санкт-Петербурге отмечены наименьшие показатели младенческой смертности в 2002 году по сравнению с другими регионами России (6,8 на 1000 родившихся), что на 30% ниже, чем в 2001 году. Вместе с тем в Санкт-Петербурге остается тревожным уровень мертворождаемости.

Основными в структуре младенческой смертности остаются причины, тесно связанные со здоровьем матери. Это заболевания и состояния, возникающие в перинатальном периоде, и врожденные аномалии. Существенной является также доля патологий органов дыхания, инфекционных и паразитарных болезней.

Низкий уровень репродуктивного здоровья женщин не позволяет добиться снижения младенческой смертности (в Мурманской области – 12,3; в Калининградской области – 16,0; в Ненецком АО – 18,2; в РФ – 13,3 на 1000 родившихся).

На многих административных территориях отмечается высокий удельный вес женщин, страдающих бесплодием, возрастает процент родов у незамужних женщин (22,9%), а число аборт (235 на 100 родов) в 10–20 раз превышает число аборт в зарубежных странах.

Среди взрослого населения г. Санкт-Петербурга отмечается рост в динамике по заболеваниям – 1139,7 на 1000 (в Мурманской области – 1223,8; в Коми – 1317,7; в Вологодской области – 1015,5; в Ненецком АО – 1705,9).

Среди социально-экономических проблем, имеющих важное общегосударственное значение, видное место занимает проблема инвалидности, помощь лицам с ограниченными физическими и психическими возможностями.

Высокие показатели инвалидности населения характерны для большинства субъектов Северо-Западного региона – 83,0 впервые признанных инвалидами на 1000 населения (в Мурманской области – 74,4; в Коми – 87,8; в Псковской области – 107,2; в Вологодской области – 110,0; в Ненецком АО – 126,1). При этом средний возраст лиц с первичным выходом на инвалидность вследствие профессиональных заболеваний составил около 50 лет, из них 20% – моложе 45 лет. Уровень детской инвалидности за последние 5 лет в Санкт-Петербурге вырос на 34,5% и составил 210,6 на 1000 детей до 15 лет.

В структуре заболеваемости взрослого населения первые ранговые места занимают болезни системы кровообращения (18,5%), органов дыхания (17%), нервной системы и органов чувств (13,4%), травмы и отравления (10,9%).

Серьезную угрозу для здоровья населения представляет туберкулез, хотя при сохраняющемся росте заболеваемости уровень распространенности туберкулезной инфекции остается в 1,5 раза ниже общероссийского.

С 1991 года заболеваемость населения туберкулезом на Северо-Западе выросла более чем в 3 раза и со-



ставила в 2002 году 65,1 на 100 тыс. населения, достигая максимальных показателей в Калининградской (110,5) и Псковской (87,8) областях. Высокие показатели заболеваемости туберкулезом регистрируются в республиках Коми (85,6), Карелия (74,8), в Новгородской (74,7), Архангельской (73,1) и Ленинградской (71,0) областях. В остальных территориях уровень заболеваемости ниже среднеокружного. Наивысший уровень заболеваемости туберкулезом регистрируется среди заключенных и бомжей (в 40–60 раз выше постоянного населения), мигрантов (в 30 раз выше).

В 2002 году заболеваемость туберкулезом детей, снизившись на 18,7%, впервые сравнялась со среднероссийским уровнем (17,9 на 100 тыс. населения) и составила 17,0 случая на 100 тыс. Однако тяжелая ситуация по туберкулезу среди детей в ряде территорий (Калининградская область – 64,4; Республика Коми – 21,2) и высокий удельный вес распространенных и осложненных форм туберкулеза среди впервые выявленных больных не позволяют говорить о стабилизации эпидемического процесса среди детского населения Северо-Запада.

В округе идет накопление больных, контингенты которых с 1991 года увеличились в 1,5 раза и составили в 2002 году 193,6 на 100 тыс. населения. Эпидемически неблагоприятным является нарастание бактериальных контингентов – основных источников инфекции. За последний год они увеличились на 3,9% и составили 63,4 на 100 тыс. населения. Бактериальное ядро самое высокое – в Калининградской (94,7) и Новгородской (88,2) областях.

Смертность от туберкулеза выросла на 12,8% и составила 16,9 на 100 тыс. населения. И хотя показатель смертности остается ниже российского уровня (20,1), тенденции его неблагоприятны. Наивысший уровень смертности в 2001 году зарегистрирован в Ленинградской (31,2) и Калининградской (29,0) областях. Стабильно высокой на протяжении ряда лет остается смертность от туберкулеза в Псковской (23,4) и Новгородской (20,6) областях.

Среди населения административных территорий СЗФО многие годы регистрируется самый высокий в России уровень онкологической заболеваемости и смертности населения от злокачественных опухолей. В 1999 году число больных с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования превысило 47,2 тыс. человек, что составляет 10,7% от всех больных по России, тогда как доля численности населения по данному федеральному округу менее 10%.

Стандартизованные показатели заболеваемости населения СЗФО злокачественными новообразованиями колеблются от 256,1 у мужчин и 169,2 у женщин в Карелии; до 326,8 у мужчин и 205,9 у женщин Новгородской области на 100 тыс. населения (в России соответственно 268,4 и 184,2). Рак легкого является основной локализацией у мужчин (24,2%), а рак молочной железы – у женщин (20,6%).

При этом население г. Санкт-Петербурга обеспечено онкологическими койками только на 50%. Практически повсеместно существует проблема укомплектования кадрами онкологов районных отделений. Сохраняется дефицит в лекарственных препаратах, так как на боль-

шинстве территорий отмечается дефицит финансирования, который составляет 30% от необходимого.

Среди направлений деятельности по усилению охраны здоровья населения Северо-Западного федерального округа особого внимания заслуживает совершенствование профилактики и лечения сердечно-сосудистых заболеваний наносящих по сравнению с другими группами болезней наиболее значимый медико-социальный ущерб.

Северо-Западный федеральный округ Российской Федерации характеризуется высокой заболеваемостью болезнями органов кровообращения – по данному показателю он уступает лишь Центральному округу.

Имеется положительный опыт работы таких территорий, как Архангельская, Вологодская области и Карелия, где активно развивается сеть центров, школ или клубов здоровья для отдельных групп населения: лиц с повышенным риском, больных сахарным диабетом, сердечно-сосудистыми и другими заболеваниями, их родственников. В подобных школах-клубах граждане получают необходимые знания, навыки и советы, расширяют свой круг общения и учатся преодолевать проблемы и адаптироваться к различным ситуациям.

Финансирование здравоохранения из государственных источников не обеспечивает гарантированный минимум бесплатной медицинской помощи. Органы исполнительной власти субъектов СЗФО не исполняют обязательств по уплате взносов в систему ОМС за неработающее население. В 2001 году по отдельным территориям средств поступило в 1,5–3 раза меньше потребности. Из-за нехватки денежных средств не соблюдаются стандарты качества медицинской помощи, не выполняются необходимые требования по обеспечению питанием и медикаментами пожилых людей.

Наблюдается тенденция появления на фармацевтическом рынке дорогостоящих импортных лекарств, доля которых на фармацевтическом рынке составляет около 50–60%, и сокращается ассортимент относительно дешевых отечественных. Высокие цены на лекарственные препараты вынуждают врача назначать лечение в зависимости от возможностей пациента их купить. Сохраняется и проблема фальсификации лекарств.

ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЧЕСКАЯ СЛУЖБА

Дерматовенерологическая служба Северо-Западного федерального округа представлена 38 кожно-венерологическими диспансерами (КВД), 229 дерматовенерологическими кабинетами; кроме того, оказание медицинской помощи больным соответствующего профиля осуществляется в дерматовенерологических больницах и отделениях больниц, анонимных кабинетах, частных предприятиях. В составе дерматовенерологической службы округа – 1850 коек (без учета клиник), число коек на 10 тыс. населения составляет в среднем 1,7, что почти в 2 раза меньше среднероссийского пока-



Таблица 1

СУММАРНЫЕ ДАННЫЕ ПО РЕГИСТРАЦИИ СЛУЧАЕВ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ
В СЕВЕРО-ЗАПАДНОМ ОКРУГЕ РОССИИ

Территория	1987– 1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	Всего (1987–2002)
Архангельская	7	5	3	6	7/1	8/3	43/1	61	140/5
Вологодская	2	3	5	4	9	57	318/13	182/4	580/17
Калининградская	17/4	567/36	1095/251	583/143	423/154	363/82	484/92	394/66	3926/823
Карелия	1	3	3	4	8	50/2	65/1	51/1	185/4
Коми	6	4	7	14	14	51/1	126/1	196	418/2
Ленинградская	9	1	6	4	49/2	842/4	2191/19	1572/15	4674/40
Мурманская	28	6	10	19	38	69/1	469	318	957/1
Новгородская	4	0	5	5	5	42/1	239/12	166/19	466/32
Псковская	2	0	7	5	11	16	66	46	153
С.-Петербург	177/3	32/2	70/13	73/11	387/33	3735/1682	10119/1069	5757/912	20350/3725
Итого	253/7	621/38	1211/264	717/154	951/190	5233/1776	14120/1208	8743/1016	31849/4648

В знаменателе дополнительно указано число случаев ВИЧ-инфекции, зарегистрированных при анонимном обследовании (Северо-Западный центр по профилактике и борьбе со СПИДом).

зателя (3,2), среднее число врачей на 10 тыс. населения – 0,6, что приближается к среднероссийскому показателю (РФ – 0,7), укомплектованность врачебными кадрами колеблется от 78% (Калининградская область) до 99% (Новгородская область). Неукомплектованность врачебными кадрами отмечается в основном в сельских районах (в частности, в Республике Коми).

Заболеемость дерматовенерологического профиля формируется в основном инфекциями, передающимися преимущественно половым путем (ИПППП).

Высокие показатели заболеваемости связаны с:

- широким распространением и влиянием на эпидпроцесс алкоголизма и наркомании;
- индустрией секса, широкой рекламой секс-услуг;
- развитием «синдрома нравственного иммунодефицита»;
- легкомысленным отношением населения к ИПППП из-за возможности самолечения, анонимного лечения;
- слабой информированностью населения об ИПППП, их проявлениях и последствиях;
- разрушением традиционной для России системы контроля за распространением ИПППП, основанной на монопольном праве диспансерного метода;
- отсутствием программ обучения по вопросам полового воспитания и профилактики ИПППП в средних образовательных учреждениях;
- низким выявлением половых контактов дерматовенерологами (25%).

Рост заболеваемости сифилисом в Северо-Западном округе начался с 1990 года, пик заболеваемости пришелся на 1997 год. В этот год отмечалось увеличение заболеваемости сифилисом в среднем по региону в 98 раз (по РФ – в 51 раз). Наибольшее увеличение заболеваемости отмечено в Калининградской области – в 210

раз (показатель заболеваемости на 100 тыс. населения в 1990 году составил 2,6, в 1997-м – 546), в Вологодской области – в 126 раз, в Республике Коми – в 68 раз.

Наибольшая заболеваемость регистрируется в возрастной группе 20–29 лет, что совпадает с пиком сексуальности, наиболее высокой частотой браков и рождения детей.

Обращает на себя внимание омоложение контингента больных сифилисом, возрастание среди них удельного веса детей и подростков, увеличение числа случаев врожденного сифилиса, а также полового и бытового заражения детей.

Удельный вес беременных в структуре больных женщин в среднем составляет 10%. У каждой третьей беременной сифилис диагностируется во вторую половину беременности, что снижает шансы на благоприятный прогноз в плане предупреждения развития врожденного сифилиса.

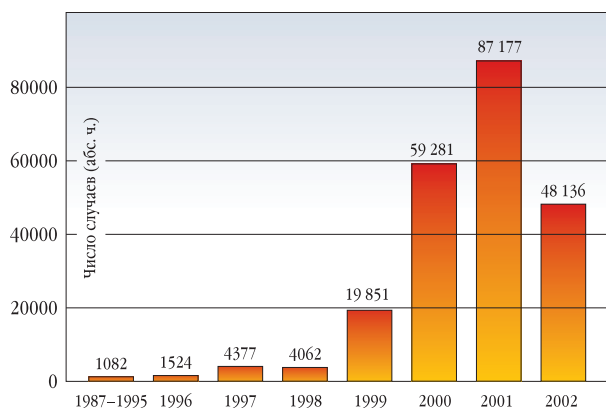
Охват серологическим обследованием на сифилис соматических больных в стационарах в среднем составляет 96–98%. За последние годы во всем регионе введено трехкратное обследование беременных.

Заболеемость гонореей в Северо-Западном округе, так же как и в России, не имеет столь выраженных колебаний, которые можно было ожидать на фоне роста сифилиса. Пик заболеваемости гонореей приходится на 1993 год. В этот год увеличение заболеваемости в регионе произошло в среднем в 2,5 раза (по РФ – в 1,7). С 1995 года отмечается постоянное снижение заболеваемости, и по сравнению с 1990 годом в 2001 году заболеваемость уменьшилась в среднем в 2,8 раза. С 1995 года соотношение заболеваемости сифилиса и гонореи изменилось в сторону сифилиса.

За последние годы заболеваемость трихомонозом относительно стабильна и составляет в среднем

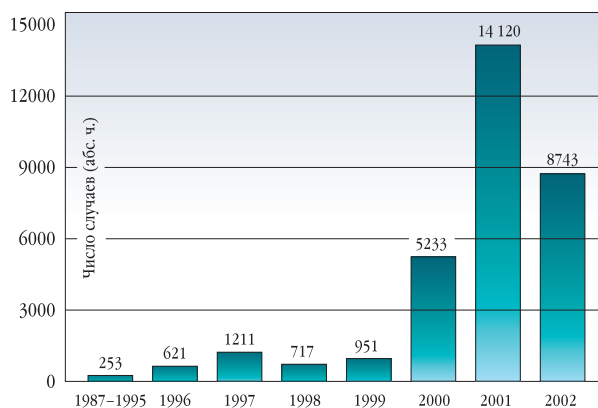


1



РЕГИСТРАЦИЯ НОВЫХ СЛУЧАЕВ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В РОССИИ

2



РЕГИСТРАЦИЯ НОВЫХ СЛУЧАЕВ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В СЕВЕРО-ЗАПАДНОМ ОКРУГЕ РОССИИ

120 случаев на 100 тыс. населения. Отмечается увеличение заболеваемости хламидиозом в среднем в 4,5 раза по сравнению с 1993 годом, однако это связано не столько с истинной заболеваемостью, сколько с совершенствованием методов диагностики (внедрение новых технологий, приобретение нового оборудования (ИФА, ПИФ), более полной регистрацией).

Структура ИПППП следующая: сифилис – 20%, трихомоноз – 25%, хламидиоз – 24%, гонорея – 13%, прочие – 18%.

СЛУЖБА КРОВИ

В Северо-Западном федеральном округе функционирует 20 станций и 97 отделений переливания крови ОПК. За 2002 год станциями и отделениями переливания крови принято 171 541 донор, заготовлено цельной крови 167 853 л, заготовлено консервированной крови 185 672 л, в т.ч. переработано на компоненты 94,3%, выпущено альбумина 1993,6 л, выпущено криопреципитата 37 086 доз.

С целью обеспечения инфекционной безопасности выпускаемой продукции:

- создана локальная компьютерная база данных на доноров на СПб ГСПК, на Вологодской ОСПК;
- на СПб ГСПК открыта первая в России Централизованная диагностическая лаборатория, где тестируется вся кровь, заготовленная в учреждениях службы крови КЗ СПб;
- 7 из 10 территорий приступили к карантинизации свежесзамороженной плазмы;
- все территории округа, за исключением Республики Карелия, начали изготовление гемокомпонентов методом фильтрации;
- на Вологодской ОСПК и СПб ГСПК создан банк замороженных эритроцитов.

Больным все меньше переливается консервированная кровь: в 1995 году – 11,6%, 2001 году – 2%, 2002 году – 1,4%.

С 1995 по 2002 год общее количество доноров сократилось на 35% и составило всего 12 человек на

1000 населения, в то время как, по данным Совета Европы, для обеспечения потребности населения в крови, ее компонентах и препаратах необходимы 40–60 человек на 1000 населения.

Мероприятия по пропаганде донорства, проводимые службой крови, были малоэффективны вследствие отмены на основании ст. 186 ТК РФ 2001 года одной из льгот платным донорам (что противоречит Закону РФ «О донорстве крови и ее компонентов» №5142-1, 1993 год).

Действительно, только за 3 месяца 2003 года по этой причине сократилось количество доноров (по сравнению с аналогичным периодом 2002 года):

- по Санкт-Петербургу – от 20 до 50%;
- по Республике Карелия – на 30%;
- по Республике Коми – на 21%;
- по Мурманской области – на 10%;
- по Новгородской области – на 8%.

В Псковской области, где льгота была сохранена, донорство осталось на прежнем уровне.

СИТУАЦИЯ ПО ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Для Российской Федерации 1999–2001 годы были годами регистрации максимального количества новых случаев ВИЧ-инфекции, из которых 90% составляли потребители наркотиков инъекционным способом. В 2002 году зарегистрировано 48 136 случаев, что в 1,8 раза меньше по сравнению с 2001 годом (87 177 случаев) (рис.1).

Для Северо-Западного федерального округа в 2002 году были свойственны те же тенденции, что и для России в целом, – регистрация новых случаев уменьшилась в 1,6 раза (рис. 2). Всего в 2002 году в округе выявлено 8765 новых случаев ВИЧ-инфекции, что составляет 18% от числа новых случаев, зарегистрированных в России. Только на 2 территориях округа из 10 (Архангельская область и Республика Коми) число новых случаев, выявленных в 2002 году, превысило число случаев, документированных в 2001 году (табл. 1). Распространенность ВИЧ-инфекции по



округу (220,6 на 100 тыс.) в 1,4 раза превышает среднероссийский показатель. В пределах округа наиболее пораженными территориями являются Санкт-Петербург (436,6 на 100 тыс.), Калининградская область (415,2 на 100 тыс. населения), Ленинградская область (280,5 на 100 тыс.). В общей регистрации по округу инъекционные наркотики по-прежнему остаются наиболее пораженной группой, однако доля половой пути за последние 2 года увеличилась с 2,2 в 2001 году до 6,4% в 2002 году. Умерло от СПИДа в округе за весь период регистрации (с 1987 года) 13 339 человек. От ВИЧ-инфицированных матерей родилось 973 ребенка, из них 575 детей родились в 2002 году.

НАРКОСИТУАЦИЯ

В России общее число больных наркоманиями, состоящих под диспансерным наблюдением, за 10 лет (с 1991 по 2001 год) выросло более чем в 8 раз. В 22 субъектах Российской Федерации данный показатель выше среднего по России в 2 – 2,5 раза. Ни один из субъектов Федерации Северо-Западного округа в это число не входит.

Общее число больных наркоманией, находящихся под диспансерным наблюдением в Северо-Западном округе, за 10 лет (с 1991 по 2001 год) увеличилось в 5 раз и составляет около 17 тыс., или 112 на 100 тыс. населения (по сравнению со средним показателем по России эта величина в 1,6 раза ниже).

Вместе с тем за 10 лет (с 1991 по 2001 год) число больных наркоманией выросло во всех территориях округа. Особенно интенсивно выросло число больных наркоманией в Мурманской (в 30 раз), в Вологодской, Ленинградской и Новгородской областях (более чем в 20 раз). В Республике Коми показатель увеличился в 16,5 раза, в Республике Карелия – в 9 раз, в Псковской области – в 6 раз, в Архангельской области и г. Санкт-Петербурге – более чем в 4 раза, в Калининградской области – в 2,7 раза. Максимальными (превышают средний по округу) являются показатели в Калининградской (177,0 на 100 тыс. населения), Ленинградской (147,4 на 100 тыс. населения) и Новгородской областях (141,0 на 100 тыс. населения).

Число больных наркоманией, взятых под наблюдение с впервые в жизни установленным диагнозом (заболеваемость наркоманией), за 10 лет (с 1991 по 2001 год) выросло более чем в 10 раз (по РФ – в 13 раз) и составило 35,4 на 100 тыс. населения. Темпы роста заболеваемости в ряде территорий округа очень высоки. Так, в Вологодской и Новгородской областях этот контингент больных вырос почти в 70 раз, в Мурманской области

и Республике Коми – почти в 60 раз, в Архангельской и Ленинградской областях – в 30 раз. На этом фоне наиболее удовлетворительной можно считать Калининградскую область, где показатель вырос только в 2,5 раза.

Общее число подростков, больных наркоманией, состоящих под диспансерным наблюдением, за 10 лет в округе, как и по России в целом, увеличилось почти в 20 раз и составило 78,0 на 100 тыс. подростков.

Изменения в различных территориях округа неравномерны: в Мурманской области показатель вырос в 60 раз, в Ленинградской – в 40 раз, в Вологодской и Новгородской – почти в 20 раз, тогда как в Архангельской и Калининградской областях в 2–3 раза.

Число больных наркоманией подростков, впервые взятых под диспансерное наблюдение, по России изменилось в 17 раз. В Северо-Западном регионе этот показатель вырос в 15 раз. Особенно интенсивно показатель заболеваемости подростками вырос в г. Санкт-Петербурге – более чем в 13 раз, а также в Ленинградской и Псковской областях (10–13 раз).

Таким образом, динамика основных статистических показателей, характеризующих распространённость наркомании, свидетельствует о росте распространённости наркомании в Северо-Западном федеральном округе. Лидирующим в округе по числу больных наркоманией, состоящих под диспансерным наблюдением, являются Калининградская, Ленинградская, Новгородская области, г. Санкт-Петербург; по темпам прироста больных наркоманией – Вологодская и Мурманская области. Обеспеченность врачами-наркологами в округе за 10 лет сохранилась, в целом сохранились также основные показатели амбулаторной службы. В то же время в 2,5 раза в округе снизилась обеспеченность наркологическими койками при резком росте числа госпитализаций больных наркоманией.

Настораживает процесс вовлечения молодежи к употреблению наркотиков. Только 55,2% не имеют опыта употребления наркотических веществ, 22,6% употребляли наркотики 1–3 раза в жизни, 14,3% употребляют наркотики 2–4 раза в месяц, а 8% являются наркоманами и употребляют наркотики практически ежедневно.

Свыше 80% наркозависимых лиц имеют гепатит В или С. Число ВИЧ-инфицированных среди наркоманов в Санкт-Петербурге в 1999 году составляло 440 человек, в 2000 году – 5700, а в 2001 году – 12 тыс., 2002 году – их около 15 тысяч. И это только официально зарегистрированных ВИЧ-инфицированных. Реальное же количество инфицированных гораздо больше. 97% ВИЧ-инфицированных являются инъекционными наркоманами.

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ РЕСПУБЛИКИ КОМИ. ПРОБЛЕМЫ, ПЕРСПЕКТИВЫ РЕФОРМИРОВАНИЯ И РАЗВИТИЯ

МИНИСТР
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ КОМИ
Эльвира Владимировна
Нечаева



Территория Республики Коми составляет 412,2 тыс. км², в том числе экономически активная территория – 176 тыс. км² (42%). Плотность населения в 18 раз ниже средней плотности населения в европейской части России.

Численность населения республики на начало 2003 года составила 1106,5 тыс. человек, в том числе городского – 820,3 тыс. человек, сельского – 286,2 тыс. человек (рис. 1). За последние десять лет в целом по республике она сократилась на 10,4 тыс. За этот период городских жителей стало меньше на 11,4%, сельских – на 7,6%.

В целом по республике главной причиной снижения численности населения остается миграционная убыль населения, доля которой составила в 2002 году 62% общей убыли населения. В 2002 году по сравнению с предыдущим миграционная убыль населения увеличилась на 2,4%, в том числе в городской местности – на 22,9%, в сельской местности сохранился миграционный прирост, но он был на 28,5% ниже по сравнению с прошлым годом. Миграция продолжает оставаться определяющим фактором снижения численности населения. Ее доля в общей убыли населения республики по сравнению с 2001 годом увеличилась на 2,9% и составила 61,9%.

В 2002 году в республике родилось 11 177 младенцев. По сравнению с предыдущим годом число родившихся увеличилось как в городской (на 13%), так

и в сельской местности (на 12%). Увеличение численности женщин возрастов наибольшего деторождения (к началу 2002 года группа 20–29-летних женщин была на 1,6 тыс., или на 1,9%, больше, чем к началу 2001 года) способствовало увеличению общего коэффициента рождаемости (рис. 2).

Сложившийся в республике уровень рождаемости не обеспечивает простого замещения поколений.

Высокий уровень смертности населения является одной из проблем современного демографического развития республики. 1995–1998 годы характеризовались снижением смертности, однако в 1999 году вновь обозначился ее рост, продолжившийся и в 2002 году. Смертность в расчете на 1000 населения превысила уровень предыдущего года на 104%, а по сравнению с 1992 годом увеличилась на 51,6%. Увеличение смертности в 2002 году по сравнению с предыдущим годом зафиксировано в 18 городах и районах республики из 21.

Подъем смертности зафиксирован по всем основным классам причин смерти.

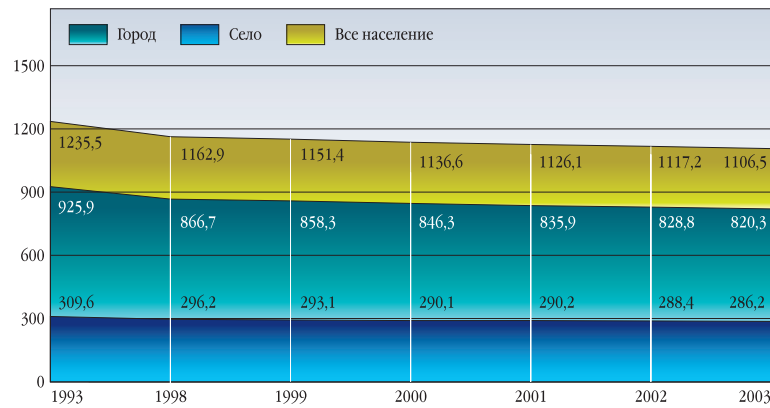
Более половины мужского населения умирает в трудоспособном возрасте, женского – в возрасте старше трудоспособного. В 2002 году число смертельных случаев мужчин трудоспособного возраста было зарегистрировано в 3,7 раза больше, чем у женщин.

Определяющим фактором состояния демографической обстановки является уровень рождаемости и смертности. С 1993 года в Республике Коми (РК) сохраняется превышение смертности над рождаемостью. Наибольшей естественной убылью населения была в 1994 году (-4,2 тыс. человек), когда число умерших превысило число родившихся на 36% (рис. 3).

В 2002 году по сравнению с предыдущим годом коэффициент естественной убыли населения увеличился на 12,1%.

За период с 1997 года в республике сохраняется тенденция к росту заболеваемости населения (рис. 4). Так, по сравнению с 1997 годом в 2002 году рост показателя общей заболеваемости составил 18,0%.

1



ЧИСЛЕННОСТЬ ПОСТОЯННОГО НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КОМИ
(НА НАЧАЛО 2003 ГОДА, ТЫС. ЧЕЛОВЕК)

Показатели общей заболеваемости населения в республике значительно выше российских, хотя и повторяют отмеченную в последние годы тенденцию к росту. В 2001 году показатель детской заболеваемости в РК превышал показатель по Российской Федерации в 1,4 раза, у подростков тот же показатель превышал российский в 1,3 раза, у взрослых – на 7,6%.

В 2002 году существенно выросла общая заболеваемость детей: до 2773,5 на 1000 детского населения (на 9,6% по сравнению с 2001 годом). Заболеваемость среди подростков и взрослого контингента также выросла.

В структуре заболеваемости детского населения республики первое место занимают болезни органов дыхания – 50,9%, в то время как распределение заболеваний по другим классам происходит относительно равномерно. Второе ранговое место делят между собой болезни органов пищеварения и болезни кожи и подкожной клетчатки – 5,5%. На третьем месте – болезни нервной системы – 5,4%.

У подростков распределение ранговых мест в структуре общей заболеваемости несколько иное. Приоритет, как и ранее, за болезнями органов дыхания (35,3%), на втором по значимости месте – болезни глаза и его придаточного аппарата (9,5%), третье место занимают болезни костно-мышечной системы – 7,5%.

Структура заболеваемости взрослого населения такова: болезни органов дыхания традиционно занимают лидирующую позицию – 19,5%, на втором месте болезни системы кровообращения – 12,4%, третье место принадлежит болезням костно-мышечной системы и соединительной ткани – 11,1%.

Несколько иначе выглядит сложившаяся в республике ситуация с первичной заболеваемостью населения. Динамика данного показателя существенно отличается от динамики общей заболеваемости. Здесь имеет место рост более чем в 1,5 раза (54,5%) за 5 лет – с 626,1 на 1000 населения в 1998 году до 967,4 в 2002 году (рис. 5).

Таким образом, можно отметить следующие неблагоприятные моменты:

- регистрация впервые выявленных заболеваний возрастает на протяжении ряда лет;
- показатели первичной заболеваемости в РК существенно превышают соответствующие показатели по Российской Федерации;
- наиболее неблагоприятные тенденции в динамике общих показателей заболеваемости отмечены по детской и подростковой группам населения.

Вместе с тем благодаря целенаправленным организационным действиям Министерства здравоохранения Республики Коми удалось улучшить ряд медико-демографических показателей.

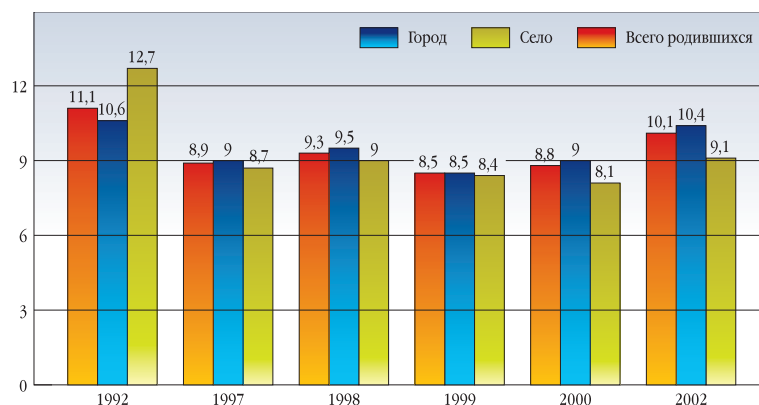
В республике остаются низкими на протяжении ряда лет показатели младенческой (табл. 1) и материнской смертности (табл. 2).

Снижение показателя младенческой смертности и стабилизация показателя материнской смертности в республике стали возможными благодаря приоритетному финансированию службы детства и родовспоможения и сохранению педиатрической и акушерской кожной сети, а также правильной организации службы:

1. Организация трехуровневой системы оказания медицинской помощи беременным. На I уровне – родоразрешаются женщины с низкой степенью перинатального риска. На II уровне – происходят роды с низкой и средней степенью перинатального риска. На III уровне – роды со средней и высокой степенью перинатального риска из сельских территорий и с высокой степенью перинатального риска из городов.
2. Целенаправленное повышение квалификации акушеров-гинекологов, неонатологов и реаниматологов.
3. Достаточное обеспечение служб детства и родовспоможения современными лекарственными препаратами, расходным материалом, приобретение современной дыхательной и диагностической аппаратуры.
4. Этапность оказания медицинской помощи беременной женщине по 5-ступенчатой системе веде-



2



ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЯ РОЖДАЕМОСТИ
В РЕСПУБЛИКЕ КОМИ (В ПРОМИЛЛЕ)

ния. Тесное взаимодействие специалистов смежных специальностей с акушерами-гинекологами.

5. Внедрение современных технологий ведения беременных женщин с целью профилактики гестозов беременной, невынашивания. Своевременная диагностика и коррекция внутриутробной гипоксии плода, в том числе за счет своевременной госпитализации беременных из отдаленных населенных пунктов на койку патологии беременных в ЦРБ и республиканские ЛПУ.

6. Развитие медико-генетической службы в части диагностики врожденной и наследственной патологии у плода; преконцепционная профилактика врожденных пороков развития.

7. Работа дистанционного акушерского реанимационного консультативного центра для определения тактики ведения беременной и роженицы. Оправдана тактика перераспределения потока транспортируемых женщин из группы высокого риска в сторону беременных.

8. Новый алгоритм взаимодействия отделения экстренной выездной консультативной помощи РДБ с сельскими территориями, предусматривающий экстренный выезд с очной консультацией всех новорожденных с массой менее 2000 г и выезды совместно с врачом-акушером акушерского консультативного центра на роды при необходимости.

9. Разделение реанимации РДБ на отделения реанимации новорожденных и детей старшего возраста. Открытие самостоятельного отделения новорожденных в РДБ позволило улучшить качество оказываемой медицинской помощи новорожденным за счет специализации специалистов по реанимации новорожденных, специальное оснащение.

10. Профилактическая работа по пропаганде, поддержке и поощрению грудного вскармливания.

Сеть здравоохранения Республики Коми представлена медицинскими учреждениями республиканского (клинического уровня) городского и районного уровней.

В республике развита специализированная медицинская помощь, учреждения здравоохранения реализуют высокие медицинские технологии, наиболее значимым учреждением является Республиканский кардиологический диспансер – учреждение европейского уровня по оснащению и оборудованию.

ГУ РК «Кардиологический диспансер» основан в 1997 году. Включает в себя 340 коек кардиологического профиля и родильный дом на 100 коек для женщин с сердечно-сосудистой патологией. Ежегодно в Кардиодиспансере лечится около 7 тыс. пациентов с сердечно-сосудистой патологией и происходит около 2300 родов. Учреждение оказывает высокотехнологичные виды медицинской помощи, включая операции на сердце в условиях искусственного кровообращения, коррекцию нарушений ритма сердца взрослых и детей. Ежегодно оказывается помощь около 550–580 больным с острым инфарктом миокарда с широким применением экстренных и плановых видов эндоваскулярной коррекции сердечного кровообращения.

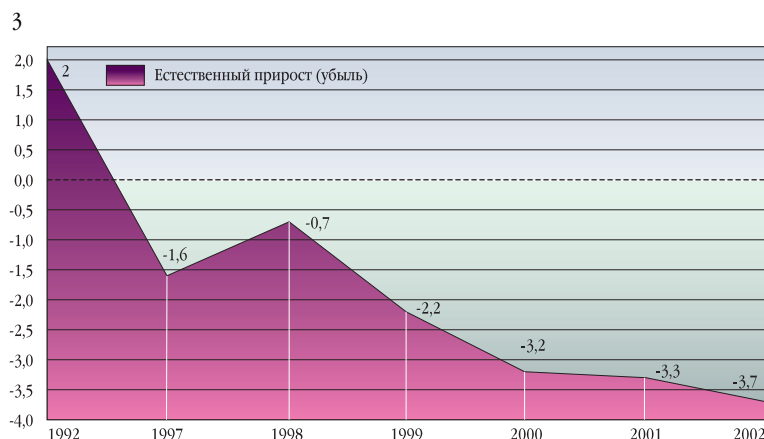
Кардиологический диспансер имеет в своем составе консультативно-диагностическую поликлинику на 150 посещений в день, лабораторно-диагностическую службу, отделение функциональной и лучевой диагностики включая компьютерную, магнитно-резонансную установки и ангиографическое отделение. В диспансере работают 140 врачей.

Не менее значимым специализированным учреждением является республиканский перинатальный центр, который также реализует высокие медицинские технологии развития системы медико-генетического консультирования в республике, что, несомненно, способствовало снижению перинатальной смертности.

Высокоспециализированными и высокотехнологичными учреждениями являются республиканская больница, Республиканская детская больница, диагностический центр, онкодиспансер и ряд других учреждений.

В системе здравоохранения республики функционирует 95 больничных учреждений, 1 медико-санитарная часть, 54 амбулаторно-поликлинических учреждения, 14 диспансеров, 54 здравпункта, 354 фельдшерско-акушерских пункта.





ПОКАЗАТЕЛИ ЕСТЕСТВЕННОГО ДВИЖЕНИЯ
НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КОМИ (В ПРОМИЛЛЕ)

Таблица 1

МЛАДЕНЧЕСКАЯ СМЕРТНОСТЬ (на 1000 родившихся живыми)

	2000	2001	2002
Республика Коми	13,0	9,4	10,7
Россия	15,3	14,6	13,5

Таблица 2

МАТЕРИНСКАЯ СМЕРТНОСТЬ (на 100 тыс. родившихся живыми)

	2000	2001	2002
Республика Коми	20,2	19,4	8,9
Россия	39,7	36,5	33,6

КАДРЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ

Серьезной проблемой остаются вопросы трудоустройства и закрепления на рабочих местах специалистов здравоохранения: выделение жилья, улучшение социально-бытовых условий и экономического стимулирования.

В целом по республике обеспеченность врачами на 10 тыс. населения увеличилась и составляет 34,5 (по Российской Федерации – 42,3). Причем отмечается диспропорция в кадровом обеспечении: на селе обеспеченность врачами в 3,2 раза ниже, чем в городах, а в стационарной сети – в 2,6 раза больше, чем в амбулаторно-поликлинической.

Имеет место крайне низкая укомплектованность врачами-терапевтами, кардиологами, педиатрами, акушерами-гинекологами, анестезиологами-реаниматологами. Суть развития системы здравоохранения Республики Коми при реализации Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации в Республике Коми бесплатной медицинской помощи состоит в том, чтобы сохранить для населения бесплатную и общедоступную медицинскую и лекарственную помощь, причем по возможности расширить адресность для малоимущих слоев населения, с одной стороны, с другой стороны – необходимо решить проблему создания наименее затратной, но не менее эффективной системы финансирования этой Программы. Эта система предполагает развитие ресурсосберегающих организационных технологий.

Несмотря на все трудности, в Республике Коми удалось сохранить бесплатную медицинскую и лекарственную помощь для населения и даже расширить социальные гарантии.

Политика Правительства Республики Коми направлена на:

- обеспечение гарантий качественной бесплатной медицинской помощи в государственных, республиканских и муниципальных учреждениях здравоохранения, оказываемой за счет средств бюджетов и страховых взносов;
- рациональное использование средств на здравоохранение и их максимальную экономию путем реформирования существующей системы здравоохранения;
- приведение в соответствие с уровнем финансирования и без ущерба для населения республики, в пределах социальных норм, коучного фонда;
- внедрение новых, менее затратных организационных технологий оказания медицинской помощи;
- осуществление реформирования структуры оказания медицинской помощи, перенос «центра тяжести» лечения на амбулаторно-поликлиническое звено, реформирование системы первичной медико-санитарной помощи – создание, наряду с существующими многопрофильными поликлиниками, микроамбулаторий и системы врача общей практики;
- преобразование существующих амбулаторно-поликлинических учреждений в лечебно-диагностические центры высокоспециализированной медицинской помощи путем их реструктуризации и укрупнения одновременно с полным охва-



том республики системой врача общей практики (семейного врача);

- создание гибкой, оперативно действующей, отраслевой экономической управленческой структуры. Продолжение реорганизации городских и районных управленческих структур;
- реорганизация управления здравоохранением, восстановление управленческой вертикали, сокращение дублирующих структур в отрасли;
- внедрение новых, менее затратных организационных технологий оказания медицинской помощи;
- осуществление деятельности по приближению высокоспециализированной и высококвалифицированной медицинской помощи, в том числе и реанимационной, к сельскому населению;
- дальнейшее совершенствование системы медико-социальной помощи одиноким престарелым больным в учреждениях здравоохранения с последующей передачей сформированной структуры органам социального обеспечения;
- улучшение качества медицинского обслуживания сельского населения, медицинское районирование;
- обеспечение современного уровня диагностики для жителей сельских регионов республики;
- совершенствование системы профилактической и реабилитационной помощи населению;
- улучшение подготовки собственных медицинских кадров в республике;
- дальнейшее улучшение последипломной подготовки медицинских кадров, создание республиканской базы научных медицинских кадров;
- совершенствование системы медицинской помощи детям и матерям. Практическая реализация принципа приоритетности проблем детства и материнства в социальной политике Республики Коми;
- создание республиканской санаторно-курортной базы под управлением Минздрава Республики Коми;
- формирование бюджета здравоохранения республики, исходя из научно обоснованного дифференцированного подушевого норматива на одного жителя;
- введение системы дифференциации способов финансирования лечебно-профилактических учреждений стационарных, амбулаторно-поликлинических и общеврачебных практик.

Основными путями развития здравоохранения Республики Коми Правительством республики определены:

1. Повышение эффективности использования ресурсов здравоохранения путем совершенствования системы управления финансированием здравоохранения, для чего необходимо кардинально менять структуру отрасли и искать внутрисистемные источники экономии, сохраняя при этом социальные гарантии оказания бесплатной медицинской помощи населению и уровень ее качества:

- внедрить научные подходы к формированию бюджетов здравоохранения. Осуществлять расчет финансового подушевого норматива на одного жителя в зависимости от демографической (половозрастной) структуры населения, уровня заболеваемости, материально-технической базы учреждений здравоохранения и климатогеографических условий территорий;
- развить многоканальное финансирование отрасли путем объединения отдельных, смежных видов деятельности с другими ведомствами, в том числе с Министерством по социальным вопросам, Фондом социального страхования республики и т.д.;
- либерализовать систему платных услуг в деятельности государственных и медицинских лечебно-профилактических учреждений;
- включить экономические механизмы управления отраслью.

Помимо экономических рычагов, для преодоления структурных диспропорций в здравоохранении республики необходимо разработать и осуществить комплекс мероприятий по совершенствованию управления использованием ресурсов здравоохранения, включая анализ объемов медицинской помощи, ее качества и перестройку организационной структуры. В указанной системе основные усилия должны быть направлены не на увеличение объемов медицинских услуг, а на достижение максимально высоких клинических показателей здоровья населения на единицу финансовых затрат. Управление использованием ресурсов должно носить комплексный характер, а сам процесс должен быть увязан со всеми звеньями и уровнями оказания медицинской помощи.

Управление системой здравоохранения должно строиться в соответствии с принципами государственного управления и местного самоуправления.

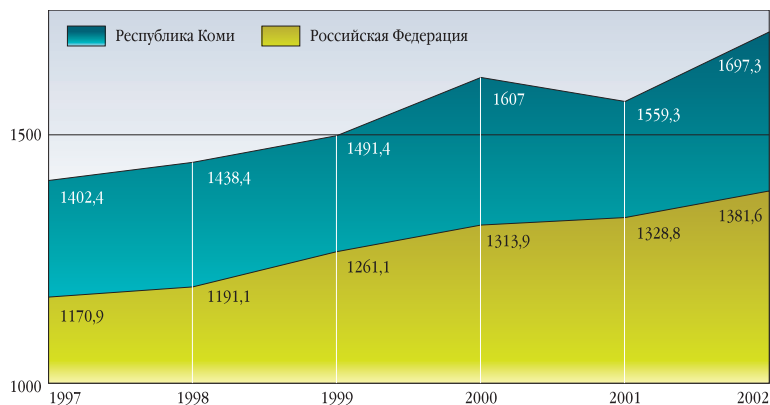
2. Необходим новый социально-экономический курс, ориентированный на реформирование общественного здравоохранения, реализующий принцип социальных гарантий всех членов общества, при личной возрастающей ответственности каждого члена общества, что в полной мере должно относиться к сфере сохранения своего здоровья и охраны здоровья всего населения.

3. В сложившихся условиях недостаточного финансирования особенно важно рациональное планирование ресурсов, жесткий контроль за их использованием. Необходимо расширить права и поднять ответственность органов управления здравоохранением в территории с целью обеспечения:

- государственных обязательств в отношении предоставления всем категориям населения медицинской помощи на уровне базовой программы ОМС;
- стратегического и текущего планирования оказания медицинской помощи;



4



ДИНАМИКА ОБЩЕЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ КОМИ ЗА 1998–2002 ГОДЫ (НА 1000 НАСЕЛЕНИЯ)

– мониторинга и оценки деятельности учреждений здравоохранения и подсистем муниципального здравоохранения в целом.

В связи с этим в настоящее время в республике разрабатывается «Программа реформирования здравоохранения в Республике Коми на 2004–2006 годы».

Разработка программы осуществляется с целью формирования комплекса мер, направленных на улучшение качества и доступности медицинской помощи, финансовую стабилизацию в здравоохранении и способствующих внедрению в систему здравоохранения ресурсосберегающих организационных медицинских технологий, организацию перехода к подушевым принципам финансирования учреждений здравоохранения, установлению дифференцированного подхода к оказанию медицинской помощи и оказываемых объемов медицинских услуг.

Все указанное направлено на выполнение Концепции охраны здоровья населения Российской Федерации на период до 2005 года.

В соответствии с этими документами в республике осуществлены меры по развитию системы здравоохранения.

Реализована Программа государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в Республике Коми в 2002 году, утвержденная постановлением Правительства Республики Коми от 24 мая 2002 года №62. По сравнению с 2001 годом рост финансовых затрат на исполнение программы составил 42,0%, в том числе на исполнение программы обязательного медицинского страхования – 44,0%, на исполнение социально значимых программ – 40,5%. Финансовое обеспечение программы обязательного медицинского страхования составило 1772,8 млн. руб.

Подушевой норматив за последние пять лет увеличился – вырос в 4,2 раза и достиг 3140 руб.

Проводится работа по административно-структурным преобразованиям. Уменьшается количество больничных организаций (стационаров) как в городе, так и на селе. Количество круглосуточных дорогостоящих

кошек сократилось с 11 716 в 2000 году до 11 576 в 2002 году. Получили развитие стационарозамещающие технологии (дневные стационары, стационары на дому), количество мест в дневных стационарах увеличилось с 715 в 2000 году до 981 в 2002 году. Осуществляется реструктуризация системы первичной медико-санитарной помощи. Число врачей общей практики, имеющих сертификат, увеличилось с 3 в 2000 году, до 38 в 2002 году. В связи с внедрением новых технологий в практику лечебных учреждений удалось добиться снижения средней длительности пребывания больного на койке.

Вместе с тем анализ динамики сетевых показателей с 1998 года свидетельствует о том, что поставленные задачи по реструктуризации стационарной и амбулаторно-поликлинической сети не были достигнуты. С 1998 года число коек уменьшилось всего на 1,9% при том, что норматив Российской Федерации превышен на 946 коек (на 9,7%).

Темпы развития стационарозамещающих технологий остаются низкими – этот показатель ниже нормативного по России в 1,7 раза.

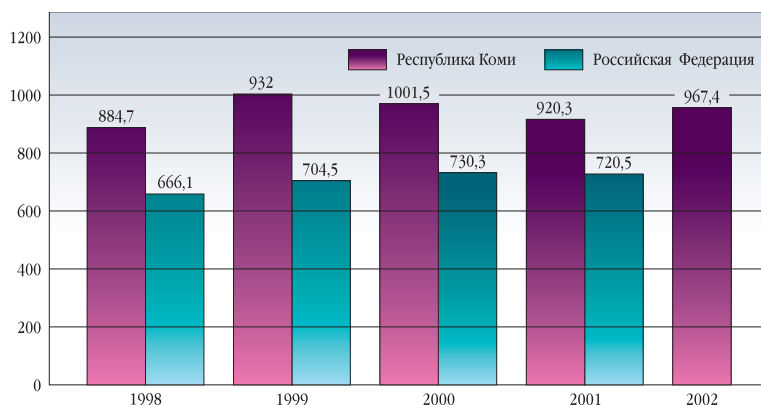
Подавляющее число территориальных поликлиник в республике продолжает оказывать первичную медицинскую помощь силами участковых терапевтов и узких специалистов, не уделяя должного внимания развитию общеврачебных практик.

Приведенные факты свидетельствуют о наличии диспропорции в распределении нагрузки по оказанию медицинской помощи населению между дорогостоящими госпитальными видами медицинской помощи и ресурсосберегающими амбулаторно-поликлиническими технологиями.

Крайнюю тревогу в деятельности отрасли здравоохранения вызывает состояние основных фондов. Остается проблемой обеспечение лечебно-профилактических учреждений здравоохранения современной медицинской техникой и оборудованием, что отрицательно сказывается на лечении и диагностике. Износ медицинского оборудования в городских учреждениях здравоохранения составляет 75%, а в сельских районах – 100%. Износ оборуду-



5



ДИНАМИКА УРОВНЕЙ ПЕРВИЧНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ КОМИ ЗА 1998–2002 ГОДЫ (НА 1000 НАСЕЛЕНИЯ)

дования и санитарного транспорта выше по сравнению с российскими данными. База учреждений здравоохранения из-за недостаточного финансирования ветшает, 41% зданий учреждений здравоохранения нуждается в капитальном ремонте.

В республике продолжает реализовываться недостаточно эффективная и необоснованно затратная система здравоохранения. Необходимость ее реформирования подтверждается сложившейся за последние годы ситуацией в состоянии здоровья населения.

В целях улучшения качества и доступности медицинского обслуживания населения, совершенствования системы здравоохранения необходимо обеспечить:

- повышение эффективности, надежности и устойчивости функционирования системы здравоохранения;
- финансовую стабилизацию отрасли путем реструктуризации системы организации медицинской помощи, ликвидации издержек здравоохранения на всех этапах оказания медицинской помощи;
- упорядочение и дифференциацию предоставления льгот и совершенствование механизмов адресного оказания бесплатной медицинской и лекарственной помощи, установление единого минимального социального пакета медицинских услуг;
- разработать механизм привлечения средств работодателей (предпринимателей) через систему добровольного медицинского страхования для улучшения качества и объема медицинских услуг;
- развитие страховых принципов в здравоохранении и уход от сметного финансирования здравоохранения;
- развитие системы управления качеством медицинской помощи;
- проведение жесткой политики по перепрофилизации дорогостоящих круглосуточных коек, развитию стационарозамещающих технологий, проведение профилизации коек по уровням оказания медицинской помощи (экстренная медицинская

помощь, интенсивное лечение, восстановительное лечение, медико-социальная помощь).

Основными целями Программы должны стать:

- снижение уровня заболеваемости населения республики;
- обеспечение условий для повышения качества и доступности медицинской помощи населению;
- укрепление первичного звена оказания медицинской помощи;
- развитие профилактического направления в здравоохранении.

Задачами Программы должны стать:

- увеличение объема и качества медицинской помощи;
- установление минимального социального пакета медицинских услуг в системе обязательного медицинского страхования;
- переход на страховые принципы оплаты медицинских услуг;
- формирование мотивации на сокращение финансовых, организационных и технологических издержек системы здравоохранения;
- обеспечение финансовой стабильности системы здравоохранения;
- разработка и внедрение механизмов привлечения личных средств граждан, средств работодателей (предпринимателей) через систему добровольного медицинского страхования на улучшение качества и увеличение объемов медицинского обслуживания;
- формирование разноукладности в здравоохранении.

Для реализации целей и решения задач Программы необходимо проведение структурных преобразований с целью рационального использования сети лечебно-профилактических учреждений. Для этого следует:

- пересмотреть основные фонды здравоохранения (в частности, здания, помещения медицинских учреждений) в плане их рационального использования, провести укрупнение участков больниц, где это возможно, путем



объединения маломощных (до 20 коек), создать на месте маломощных участковых больниц амбулатории врача общей практики, врачебные амбулатории или (если количество приписного населения позволяет) фельдшерско-акушерские пункты, что позволит уйти от расходов на содержание нерационально используемых основных фондов; несомненно, все вышеизложенное должно осуществляться администрациями муниципальных образований, исходя из принципов целесообразности;

- создать на месте участковых больниц, являющихся, по сути, больницами сестринского ухода, медико-социальные центры с финансированием их деятельности за счет средств, заложенных в бюджете на здравоохранение и социальное обеспечение, что поможет не только решить вопрос рационального использования средств, но и улучшить социальную помощь нуждающемуся населению в муниципальных образованиях;
- перепрофилировать нерационально работающие круглосуточные койки в центральных районных больницах, расположенных в населенных пунктах с проживанием населения более 5000, в койки, работающие по реализации стационарозамещающих технологий (дневные стационары, стационары на дому);
- развить систему амбулаторий врача общей практики, определить их юридическими лицами с частичным фондодержателем. Решение этого мероприятия Программы позволит перейти к подушевому принципу финансирования в системе обязательного медицинского образования, решить проблему развития стационарозамещающих технологий, адресности медицинской и лекарственной помощи и рационально расходовать средства на здравоохранение;
- оптимизировать систему лекарственного обеспечения населения.

Развитие системы управления качеством медицинской помощи и переход к подушевому принципу финансирования здравоохранения предполагает:

- развитие системы управления качеством медицинской помощи;
- переход на оплату медицинских услуг по полному тарифу обязательного медицинского страхования, с включением всех статей затрат, вне зависимости от полноты их финансовой обеспеченности, что позволит руководителю медицинского учреждения стать действительно распорядителем кредитов и принимать управленческие решения по рациональному расходованию полученных средств, направляя их на решение приоритетных задач учреждения, как это и предполагает действующее законодательство.

Решение этого мероприятия Программы предполагает развитие системы персонализированного учета представления медицинских услуг и их оплаты, развитие адресности в оказании медицинской помощи.

Организация системы дифференцированного подхода к оказанию медицинской помощи предполагает:

- необходимость разработки механизма привлечения средств организаций (предприятий) для решения задач, расширения объема и улучшения качества медицинского обеспечения своих работников, так как доли средств единого социального налога, направленной на здравоохранение через систему обязательного медицинского страхования, хватает только на реализацию минимального социального пакета медицинских услуг;
- для реализации этого мероприятия должен быть разработан минимальный социальный пакет медицинских услуг в системе обязательного медицинского страхования.

Вопрос привлечения средств работодателей в качестве соплатежей через систему добровольного медицинского страхования должен быть проработан с Союзом промышленников и предпринимателей Республики Коми и внесен отдельным пунктом в региональное соглашение по социально-экономическим вопросам между Правительством Республики Коми, Федерацией профсоюзов Республики Коми и Союзом промышленников и предпринимателей (работодателей) Республики Коми на 2004–2005 годы.

Вместе с тем следует отметить, что не все проблемы реформирования здравоохранения можно решить на региональном уровне:

- минимальные государственные социальные стандарты, в том числе в системе обязательного медицинского страхования, предусмотренные статьей 65 Бюджетного кодекса Российской Федерации, до настоящего времени не разработаны и не утверждены на федеральном уровне;
- базовые (подушевые) нормативы финансирования Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи (постановление Правительства Российской Федерации от 11 сентября 1998 года №1096) постановлением Правительства Российской Федерации не утверждены и не имеют обязательного характера;
- не разработаны и не утверждены до настоящего времени на законодательном уровне ставки страховых взносов (платежей) на обязательное медицинское страхование неработающего населения.

Без решения этих проблем на федеральном уровне реформирование системы здравоохранения регионального уровня остается проблематичным.

ТЕНДЕНЦИИ В СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ И ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ УРАЛЬСКОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА

ПРЕДСТАВИТЕЛЬ
МИНЗДРАВА
РОССИИ
В УРАЛЬСКОМ
ФЕДЕРАЛЬНОМ ОКРУГЕ
Анатолий Петрович
Ястребов



Система здравоохранения Уральского федерального округа в 2002 году функционировала в соответствии со стратегическими направлениями и задачами, направленными на улучшение состояния здоровья населения на основе обеспечения доступности медицинской помощи, на совершенствование деятельности лечебно-профилактических учреждений.

Анализ медико-демографической ситуации за 2002 год свидетельствует о наметившейся тенденции к росту рождаемости во всех субъектах Уральского федерального округа (рис.1).

Общая смертность населения округа при более низких ее значениях в сравнении с аналогичным показателем по России соответствует среднему уровню, но при этом имеет тенденцию к росту в большинстве субъектов округа, за исключением Ханты-Мансийского и Ямало-Ненецкого автономных округов (рис. 2).

Динамика младенческой смертности на протяжении последних пяти лет в Уральском федеральном округе, как и в целом по России, свидетельствует о наблюдающейся ежегодной тенденции к снижению показателя (рис. 3).

Положительные тенденции младенческой смертности в Уральском федеральном округе являются результатом совместной целенаправленной работы по совершенствованию организации медицинской помощи женщинам и детям как на федеральном, так и региональном уровнях.

На фоне снижения показателя младенческой смертности в округе в 2002 году, к сожалению, наметилась неблагоприятная тенденция к росту показателя материнской смертности в ряде территорий и в целом по округу (рис. 4).

Уровень смертности адекватно выражается в ожидаемой продолжительности жизни населения, динамика которой является зеркальным отражением тенденций в смертности.

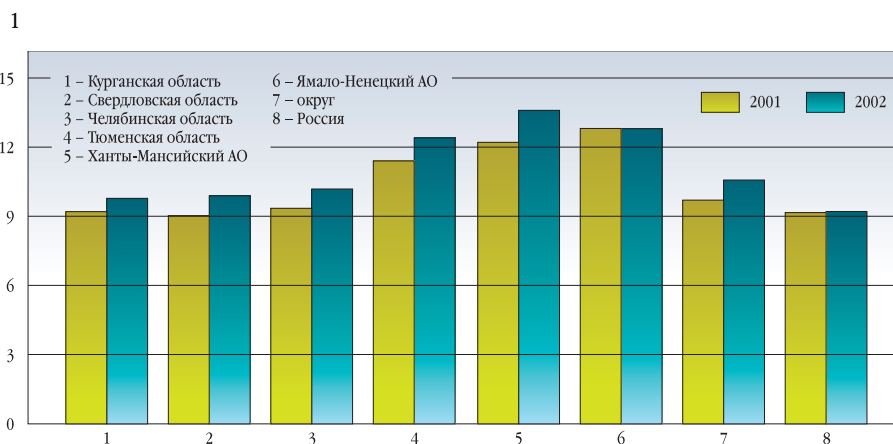
По оценке, в 2002 году ожидаемая продолжительность жизни всего населения в субъектах Уральского федерального округа (Ур.ФО) неодинакова и колеблется от 63,7 в Свердловской области до 69,6 в Ямало-Ненецком автономном округе. В большинстве территорий округа сохраняются более низкие значения данного показателя у мужчин в сравнении с таковым у женщин. Их разница составляет в среднем 10 –12 лет в различных территориях Ур.ФО. Данный факт в значительной степени обусловлен чрезмерно высокой преждевременной смертностью мужчин.

Беспокоит рост как первичной, так и общей заболеваемости населения по данным обращаемости в лечебно-профилактические учреждения среди всех групп населения: детей, подростков, взрослых во всех субъектах округа (рис. 5). Так, в 2002 году уровень общей заболеваемости населения в Уральском федеральном округе увеличился на 3,7%.

Особую тревогу вызывает непрекращающийся рост заболеваемости некоторыми социально значимыми болезнями: туберкулезом, заболеваниями, передаваемыми половым путем, и другими.

Несмотря на неблагоприятные тенденции заболеваемости некоторыми социально значимыми болезнями, в Уральском федеральном округе наметилась положительная динамика показателей по ряду заболеваний, например, ВИЧ/СПИД (рис. 6).

Состояние проблемы инвалидности населения Уральского федерального округа является одной из основных характеристик общественного здоровья и соци-



УРОВЕНЬ РОЖДАЕМОСТИ В ТЕРРИТОРИЯХ УРАЛЬСКОГО ФО (НА 1000 НАСЕЛЕНИЯ)

ального благополучия. В настоящее время происходит последовательное расширение контингента лиц с ограниченными возможностями. Обращает внимание рост первичного выхода на инвалидность в Ур.ФО. Однако следует отметить, что в сравнении с другими субъектами Российской Федерации уровень первичной инвалидности в округе, по данным 2002 года, имеет более низкие значения и соответствует 59,9 на 10 тыс. населения.

Таким образом, в Уральском федеральном округе отмечаются как отрицательные, так и положительные тенденции в состоянии здоровья населения. Немаловажная роль в улучшении показателей здоровья жителей округа принадлежит согласованной деятельности органов и учреждений здравоохранения территорий.

Характеризуя деятельность органов управления здравоохранением Уральского федерального округа, следует отметить, что в 2002 году она была направлена на продолжение осуществления оперативных и долгосрочных мер по реформированию здравоохранения, сохранению его государственного характера, научного и практического кадрового потенциала.

Одним из ведущих направлений реформирования здравоохранения является развитие первичной медико-санитарной помощи на базе муниципального здравоохранения.

Следует отметить, что в Уральском федеральном округе система оказания амбулаторно-поликлинической помощи населению реформируется медленно, отмечается ухудшение работы участковой службы, особенно в области профилактики.

Показатель, характеризующий среднее число посещений на 1 жителя (включая обращения к врачам станций и отделений скорой медицинской помощи) в Уральском федеральном округе в 2002 году, составил 8,2, что на 12,8% меньше в сравнении с общероссийскими данными.

Актуальной в Уральском федеральном округе, как и в России, является проблема внедрения института врача общей практики (семейного). В 2002 году в большинстве субъектов округа взят курс на организацию общих врачебных практик, в рамках которого в ряде территорий округа осуществляется оснащение оборудованием соответствующих медицинских учреждений, на базе ко-

торых будут работать общеврачебные практики, разрабатываются стандарты работы общих врачебных практик, ведется обучение врачей.

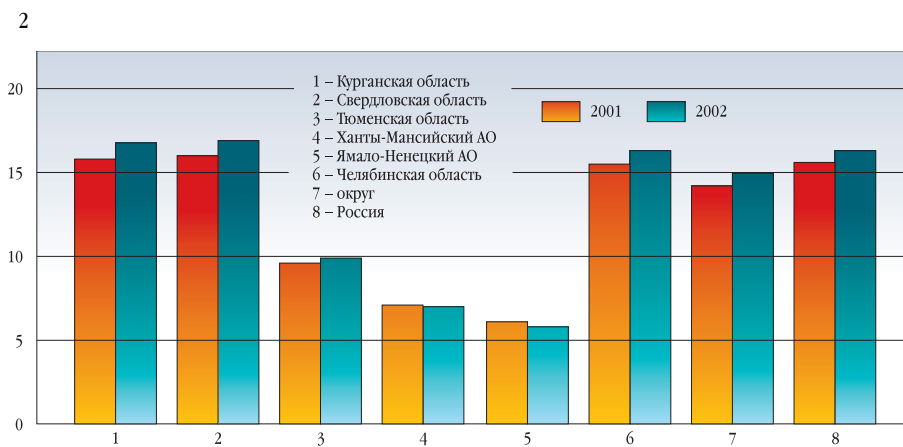
В целом в 2002 году в Уральском федеральном округе число врачей общей практики составило 106 человек, что на 23 больше в сравнении с 2001 годом (табл. 1). В соответствии с данными официальной статистики количество созданных общеврачебных практик в Ур.ФО неоднозначно в различных территориях. Так, в Ямало-Ненецком автономном округе они отсутствуют, а их максимальное число наблюдается в Тюменской области (47). В то же время в Ямало-Ненецком автономном округе институт семейного врача существует в течение ряда лет, имеются подготовленные кадры, по сути работающие как врачи общей практики. Однако они не оформлены по данной специальности из-за потери ряда льгот. Широкое применение здесь получила выездная бригадная форма общеврачебной практики.

Оказание экстренной медицинской помощи является одним из факторов национальной безопасности, уровень организации которой 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.

Показатель числа вызовов скорой помощи на 1000 человек населения в Уральском федеральном округе в 2002 году составил 319,9, что на 0,6% выше норматива (318 на 1000 человек).

Нерешенной остается проблема освобождения высокозатратной службы скорой медицинской помощи от дублирования работы амбулаторно-поликлинических учреждений. В субъектах Уральского федерального округа в 2002 году доля перевозок больных соответствовала 11,1–14,4%, значительную часть вызовов составляло обслуживание на дому хронических больных и больных с острыми простудными заболеваниями. К примеру, в Курганской области в структуре вызовов скорая медицинская помощь оказывалась в 26,4% случаев, неотложная медицинская помощь и транспортировка соответственно в 57,4 и 14,4% случаев.





УРОВЕНЬ СМЕРТНОСТИ В ТЕРРИТОРИЯХ УРАЛЬСКОГО ФО (НА 1000 НАСЕЛЕНИЯ)

Стационарная служба является наиболее ресурсоемким сектором здравоохранения. Реформирование стационарной медицинской помощи в рамках реализации «Концепции развития здравоохранения и медицинской науки в РФ», как и амбулаторно-поликлинической, в Уральском федеральном округе идет низкими темпами.

В системе здравоохранения Уральского федерального округа насчитывается 624 больничных учреждения на 131 097 коек. Обеспеченность населения Уральского федерального округа койками в 2002 году составила 104,3 на 10 тыс. человек населения, что на 4% ниже общероссийского показателя, и имеет более выраженную тенденцию к снижению. Необходимо отметить, что коечный фонд во многих случаях используется в недостаточной мере.

Продолжает оставаться высоким уровень госпитализации в круглосуточные стационары, что приводит к высоким финансовым затратам. Уровень госпитализации в 2002 году в Уральском федеральном округе соответствовал 21,7 на 10 тыс. человек населения, существенно не отличаясь от среднероссийского показателя. Диапазон значений показателя следующий: наибольшая госпитализация в круглосуточные стационары отмечается в Тюменской области (23,7 на 10 тыс. человек населения), наименьшая – в Курганской области (18,8 на 10 тыс. человек населения).

Количество коек в дневных стационарах при поликлиниках и стационарах дневного пребывания в больницах субъектов Уральского федерального округа неодинаково. Так, доля коек, развернутых на базе дневных стационаров и стационаров дневного пребывания в структуре общего коечного фонда стационарных учреждений, в территориях Уральского федерального округа в 2002 году колебалась от 0,3% в Ямало-Ненецком автономном округе до 8,5% в Свердловской области (Россия – 7%).

Стационары дневного пребывания в Уральском федеральном округе насчитывают 3749 коек, доля которых от всех стационарных коек составляет 2,8%. Число пролеченных больных в условиях стационаров дневного пребывания ежегодно увеличивается и в 2002 году составило 107 026 человек (83,5 на 10 тыс. человек населения), хотя показатель числа пролеченных больных на 10 тыс. человек населения на 25,3% меньше такого

по России. Сдерживающим моментом в развитии сети дневных стационаров и стационаров на дому является, как правило, отсутствие экономической заинтересованности в этих лечебных учреждениях.

Несмотря на удовлетворение потребности в различных видах специализированной помощи больным Уральского федерального округа, в округе, как и в целом в России, не в полной мере удовлетворяется потребность в оказании медицинской помощи больным, требующей высокотехнологичных (дорогостоящих) методов лечения (кардиохирургические операции, пересадка органов, гемодиализ и др.). Усугубляет положение нерегулярное финансирование этих видов помощи из федерального бюджета в течение года.

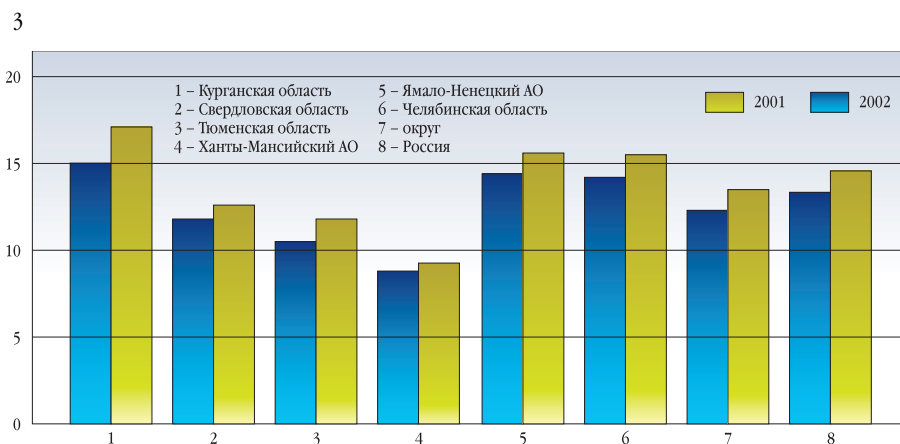
Важным направлением деятельности органов управления здравоохранением округа является осуществление мероприятий по реализации федеральных и территориальных целевых программ. В 2002 году в округе финансировалось несколько федеральных программ, в том числе «Предупреждение и борьба с заболеваниями социального характера», «Дети России», «Здоровый ребенок», «Артериальная гипертония», «Совершенствование Всероссийской службы медицины катастроф», «Комплексные меры противодействия злоупотреблению наркотиками и их незаконному обороту».

Ключевая роль в реформировании здравоохранения отводится медицинским кадрам. В настоящее время на территории Уральского федерального округа работает более 48 тыс. врачей и 145 тыс. средних медицинских работников. Обеспеченность врачами в Уральском федеральном округе составляет 33,9 на 10 тыс. человек населения, что на 19,8% ниже общероссийского показателя (42,3).

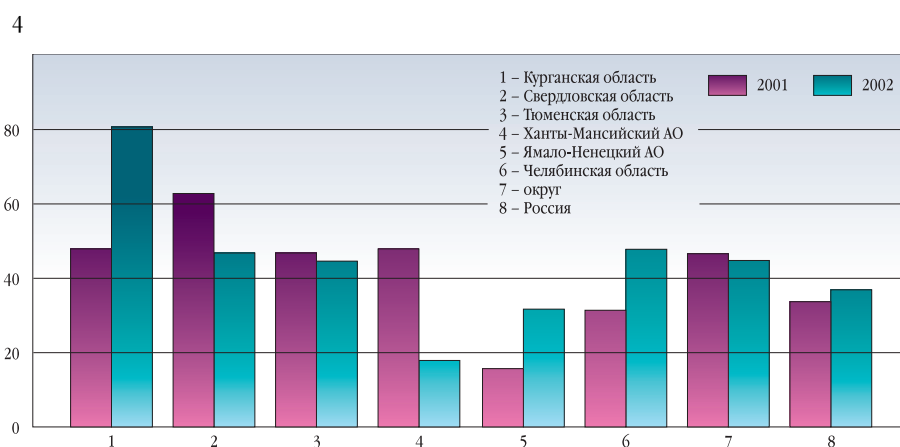
Анализ кадрового состава по возрастному критерию свидетельствует о тенденции к росту в большинстве территорий Уральского федерального округа доли работников здравоохранения предпенсионного и пенсионного возрастов.

С целью разработки соответствующих медицинских направлений деятельности, участия в реализации Концепции развития здравоохранения и медицинской науки, направленной на обеспечение современного уровня оказания медицинской помощи и санитарно-





УРОВЕНЬ МЛАДЕНЧЕСКОЙ СМЕРТНОСТИ В ТЕРРИТОРИЯХ УРАЛЬСКОГО ФО (НА 1000 РОДИВШИХСЯ ЖИВЫМИ)



УРОВЕНЬ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ В ТЕРРИТОРИЯХ УРАЛЬСКОГО ФО (НА 100 ТЫС. РОДИВШИХСЯ ЖИВЫМИ)

эпидемиологического благополучия населения, в организации внедрения современных медицинских и организационных технологий и т.д. в 2002 году в Уральском федеральном округе был сформирован институт внешних главных специалистов. В соответствии с планом его работы в 2002 году в Уральском федеральном округе было проведено несколько совещаний, в том числе по проблемам семейной медицины, совершенствования деятельности сестринской службы, в работе которых приняли участие руководители органов управления здравоохранением, ведущие медицинские специалисты территорий округа.

Важным направлением деятельности органов и учреждений здравоохранения Уральского федерального округа является реализация конституционных прав граждан на получение бесплатной медицинской помощи в рамках «Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи».

Положительным результатом в 2002 году в округе было увеличение объемов поступления средств ОМС за неработающее население, обусловленное погашением плательщиками задолженности прошлых лет, улучшение ситуации по перечислению страховых взносов на ОМС неработающего населения, предусмотренных в соответ-

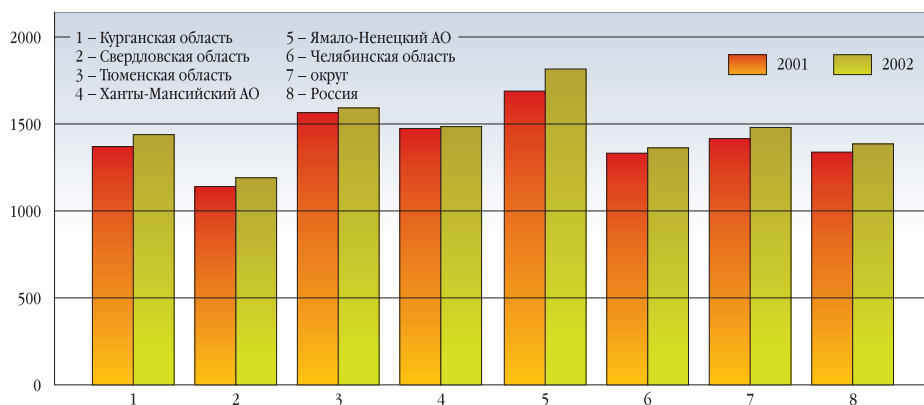
ствующих бюджетах на 2002 год. Данный факт позволил стабилизировать состояние отрасли и создать дальнейшие предпосылки для его развития и реформирования.

Прямая оплата медицинских услуг, принятая в системе ОМС, от числа посещений, госпитализаций, исследований стимулирует лечебно-профилактические учреждения к зарабатыванию максимального количества денежных средств. Однако концепция развития амбулаторно-поликлинической службы предполагает снижение количества посещений за счет профилактики обострений заболеваний у хронических больных, проведения планируемого своевременного лечения. При этом при сегодняшней системе финансирования снижение заболеваемости, а значит, числа посещений на одного больного, количества госпитализаций становится невыгодно медицинским учреждениям.

В современных условиях функционирования лечебно-профилактических учреждений особую актуальность приобретает проблема оказания качественной медицинской помощи. В этой связи в Уральском федеральном округе, как и в России, сформирована и развивается система вневедомственного контроля качества. Контроль качества медицинской помощи основывается на действии участников в рамках договоров о финансировании ОМС, в которых оговаривается ответвен-

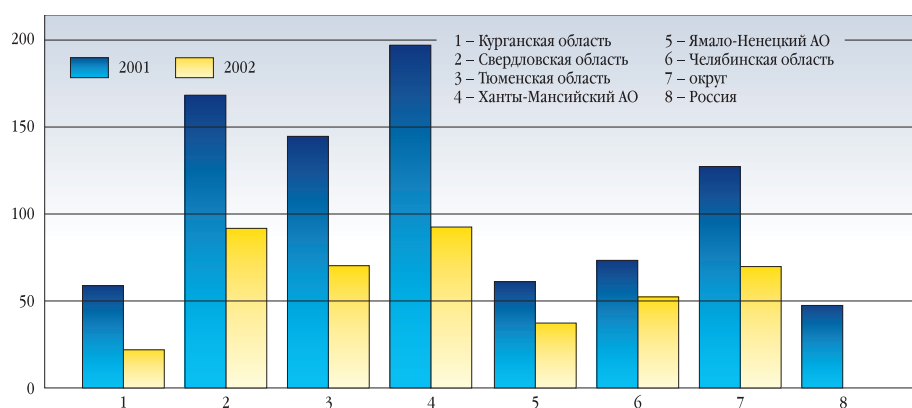


5



УРОВЕНЬ ОБЩЕЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ В ТЕРРИТОРИЯХ УРАЛЬСКОГО ФО (НА 1000 НАСЕЛЕНИЯ)

6



УРОВЕНЬ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ВИЧ В ТЕРРИТОРИЯХ УРАЛЬСКОГО ФО (НА 100 ТЫС. НАСЕЛЕНИЯ)

ЧИСЛЕННОСТЬ ВРАЧЕЙ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ

Таблица

Территория	2001	2002
Курганская область	0	5
Свердловская область	9	12
Тюменская область	46	47
Ханты-Мансийский АО	0	22
Ямало-Ненецкий АО	0	0
Челябинская область	28	42
Уральский ФО	83	106
Россия	1793	2320

ность сторон за выполнение качественных медицинских услуг, их стоимость, порядок расчетов.

Работа по организации и проведению экспертизы качества медицинской помощи в Уральском федеральном округе осуществляется во всех его субъектах. Введение экспертизы качества медицинской помощи позволяет обеспечивать финансовый контроль за ока-

анием последней. Проведенный анализ результатов экспертиз качества медицинской помощи и медико-экономических экспертиз в Уральском федеральном округе свидетельствует, что максимальный показатель удержанных с медицинских учреждений денежных сумм отмечается в Ямало-Ненецком автономном округе и превышает среднероссийский уровень.

Проблемы существуют и в организации лекарственной помощи населению, однако они постепенно находят свои решения. В округе оптимизируются программы лекарственного обеспечения льготных категорий граждан. Наибольший уровень обеспечения населения по льготным и бесплатным рецептам в 2002 году наблюдался в Ямало-Ненецком автономном округе. Усиление в 2002 году государственного контроля за лекарственными средствами позволило улучшить обеспечение потребителя качественными, эффективными, безопасными лекарственными средствами.

Подводя итоги 2002 года, следует отметить, что в Уральском федеральном округе за прошедший год удалось достичь некоторых положительных показателей здоровья населения и результатов работы системы здравоохранения:

- отмечены позитивные тенденции показателей рождаемости, младенческой смертности;



- наблюдается стабильный уровень или снижение заболеваемости ряда инфекционных болезней (острыми гепатитами, краснухой, эпидемическим паротитом, корью и др.), что является результатом проведения вакцинопрофилактики населения, в первую очередь детей, и целого комплекса противоэпидемических мероприятий;
- успешно проведена Всероссийская диспансеризация детей до 18 лет;
- в целях улучшения показателей здоровья населения эффективно реализуются федеральные и территориальные целевые программы по здравоохранению, что позволило снизить младенческую смертность, заболеваемость и смертность некоторыми социально значимыми болезнями;
- осуществляется реструктуризация сети лечебно-профилактических учреждений, развиваются стационарозамещающие виды оказания медицинской помощи;
- наблюдается увеличение объемов финансирования здравоохранения из бюджетов и фондов обязательного медицинского страхования;
- сформирован институт главных внештатных специалистов округа;
- с целью укрепления здоровья населения и эффективного его восстановления в случае утраты в округе начата работа по созданию системы управления качеством медицинской помощи;
- оптимизируются программы лекарственного обеспечения льготных категорий граждан, наблюдаются тенденции к снижению забракованных лекарственных средств.

Вместе с тем в Уральском федеральном округе наряду с достигнутыми положительными результатами можно выделить несколько узловых проблем:

- отмечается высокая общая смертность, в первую очередь трудоспособного населения;
- наблюдается высокий уровень показателя материнской смертности и тенденция к его росту в ряде субъектов округа;
- отмечается рост общей и первичной заболеваемости населения преимущественно от неэпидемических болезней: системы кровообращения, новообразований, травм и отравлений;
- наблюдается рост некоторыми социально обусловленными заболеваниями, в том числе туберкулезом, рядом инфекционных болезней;
- отмечается высокий уровень профессиональной заболеваемости, практически разрушена система этапного лечения и реабилитации больных с профессиональными заболеваниями;
- медленно реформируется система оказания амбулаторно-поликлинической помощи населению;
- отмечается дублирование работы амбулаторно-поликлинических учреждений высокотратной службой скорой медицинской помощи;
- медленными темпами идет сокращение круглосуточной стационарной медицинской помощи с заменой их на стационарозамещающие техноло-

- гии при одновременно недостаточном финансировании лечебно-профилактических учреждений;
- не в полной мере удовлетворяется потребность в оказании медицинской помощи больным, требующей высокотехнологичных (дорогостоящих) методов лечения, не развиваются межтерриториальные центры специализированной медицинской помощи;
- ухудшается кадровая ситуация, особенно на селе и в малонаселенных местностях: снижается уровень обеспеченности врачами и средними медицинскими работниками, наблюдается высокий процент совместительства врачебных и средних медицинских должностей, наблюдается рост в большинстве территорий округа доли работников здравоохранения предпенсионного и пенсионного возраста;
- в большинстве субъектов округа сохраняется дефицит финансирования системы здравоохранения, в то же время только 2 субъекта Ур.ФО заключили трехстороннее соглашение с Минздравом России и ФОМС.

Первоочередными мерами по развитию системы здравоохранения в Уральском федеральном округе должны быть следующие:

1. Разработка и реализация концепции развития здравоохранения территорий на среднесрочную и долгосрочную перспективу.
2. Повышение структурной эффективности отрасли путем:
 - дальнейшего реформирования амбулаторно-поликлинической помощи с усилением профилактической направленности здравоохранения и развитием института врачей общей практики;
 - структурной перестройки отрасли с переносом объемов медицинской помощи с более затратного стационарного звена в амбулаторное и развитием стационарозамещающих технологий;
 - реструктуризации и оптимизации коечной сети с сокращением и перепрофилированием неэффективно работающих коек;
 - создания системы управления качеством медицинской помощи.
3. Дальнейшая реализация федеральных и территориальных целевых программ, направленных на снижение заболеваемости и смертности населения, совершенствование деятельности медицинской службы.
4. Совершенствование системы кадрового обеспечения лечебно-профилактических учреждений: подготовка специалистов в соответствии с потребностями и перспективами развития здравоохранения округа, обеспечение рационального распределения кадров с переориентацией на подготовку врачей первичного звена и др.
5. Улучшение лекарственного обеспечения населения, проведение работы по контролю качества и безопасности лекарственных средств.
6. Повышение эффективности распределения ресурсов здравоохранения, усиление системы учета и контроля, их целевого и рационального использования.

КАДРОВАЯ ПОЛИТИКА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ УРАЛЬСКОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА

Проблема кадрового обеспечения в современных условиях является решающим фактором успешной реализации «Концепции развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации». В основе реформирования здравоохранения лежит принятие действенных мер к формированию такой кадровой политики, которая с учетом происходящих в стране и отрасли преобразований позволила бы не только сохранить имеющийся кадровый потенциал, но и качественно его изменить, адаптировать к новым условиям социально-экономического развития страны.

В Уральском федеральном округе (Ур.ФО) проблеме кадрового обеспечения, как в целом в России, отводится большая роль. В настоящее время на территории Ур.ФО работает более 48 тыс. врачей и 45 тыс. средних медицинских работников. Обеспеченность врачами в Уральском федеральном округе составляет 34,6 на 10 000 населения, что на 18,0% ниже общероссийского показателя (42,2). Наименьший уровень обеспеченности населения врачами в округе (20,8 на 10 тыс. населения) и ежегодная тенденция к снижению данного показателя отмечаются в Курганской области, тогда как максимальный уровень наблюдается соответственно в Ямало-Ненецком автономном округе (39,9 на 10 тыс. населения). Продолжает ухудшаться кадровая ситуация на селе. Например, в Курганской области обеспеченность врачами в районах области колеблется от 6,5 до 13,5 на 10 тыс. населения (рис. 1).

Обеспеченность средними медицинскими работниками составляет 103,0 на 10 тыс. населения, незначительно превышая аналогичный общероссийский показатель на 3,5 % (99,5). Основные тенденции данного показателя в округе повторяют таковые для врачей (рис. 2).

Для территорий Уральского федерального округа характерна крайне высокая неравномерность в распределении медицинских кадров. Следствием этого является централизация медицинской помощи в городах и одновременное ограничение доступности амбулаторно-поликлинической помощи на территориях

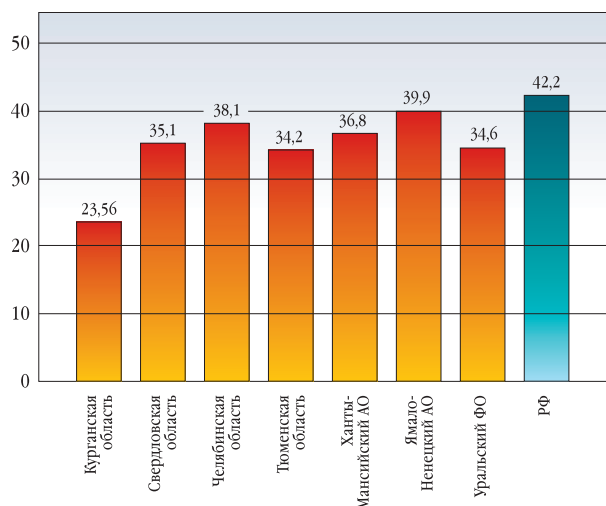
с низким показателем обеспеченности врачами. Такая ситуация противоречит положениям Концепции развития здравоохранения на современном этапе, предполагающей перераспределение ресурсов в сторону развития первичной медико-санитарной помощи.

Укомплектованность врачебных должностей и средним медицинским персоналом учреждений здравоохранения по Уральскому федеральному округу неоднозначна. Наименьшая укомплектованность врачебными кадрами и средними медицинскими работниками учреждений здравоохранения отмечается в Курганской области, составляя соответственно 48,9 и 80,2% при коэффициенте совместительства 1,8 и 1,2, наибольшая укомплектованность врачами – в Ханты-Мансийском автономном округе – 98% при коэффициенте совместительства 1,6, средним медицинским персоналом – в Ямало-Ненецком автономном округе – 97,8% при коэффициенте совместительства – 1,5 (рис. 3,4). Совмещение должностей используется и поддерживается в системе здравоохранения на достаточно высоком уровне в качестве основного способа обеспечить хотя бы приемлемый уровень оплаты труда медицинских работников. Однако высокий уровень совмещения имеет ряд негативных последствий: ущерб здоровью медицинского персонала, снижение качества работы и эффективности медицинской помощи и производительности труда. Так, в территориях с высоким уровнем совмещения среди врачей наблюдается более низкая нагрузка, приходящаяся на 1 занятую врачебную должность в амбулаторно-поликлинических условиях.

Рынок труда в здравоохранении Уральского федерального округа характеризуется довольно значительным движением кадров практически во всех его субъектах, за исключением Ханты-Мансийского и Ямало-Ненецкого автономных округов.

Анализ кадрового состава по возрастному критерию свидетельствует о тенденции к росту в большинстве территорий Уральского федерального округа работников здравоохранения предпенсионного и пенсионного возрастов. Доля врачебного состава старше 50 лет на протя-

1



ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ ВРАЧАМИ ПО ТЕРРИТОРИИ
(НА 10 000 НАСЕЛЕНИЯ), 2002 ГОД

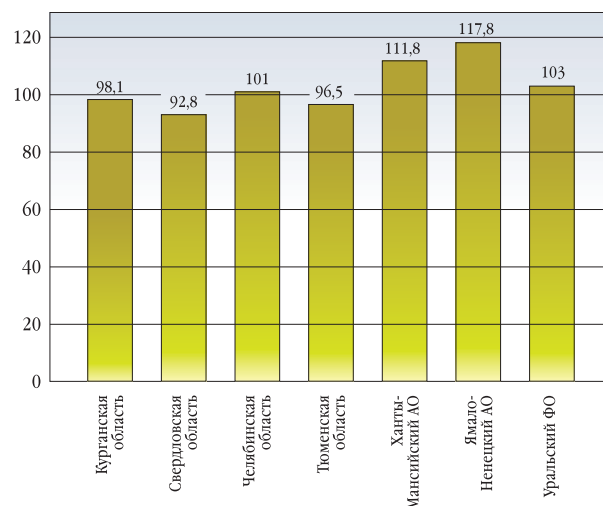
жении последних пяти лет возросла в среднем по Ур.ФО среди мужчин от 6,8 до 27%, женщин – от 14,1 до 32%, в целом среди мужчин и женщин – от 16,0 до 30%. Наиболее значительный рост удельного веса врачей предпенсионного и пенсионного возрастов отмечается в Курганской области (табл. 1). Данный факт в перспективе может усугубить и так неблагоприятно складывающуюся ситуацию по кадровому обеспечению лечебно-профилактических учреждений Уральского федерального округа. Постарения кадров не наблюдается в Ханты-Мансийском и Ямало-Ненецком автономных округах за счет постоянного пополнения лечебно-профилактических учреждений кадрами молодых специалистов из других территорий.

Основной причиной убытия медицинского персонала из сферы здравоохранения в большинстве территорий Ур.ФО, в первую очередь молодого контингента, является неудовлетворительный уровень заработной платы и жилищно-бытовых условий.

Средняя заработная плата врачей и средних медицинских работников в Уральском федеральном округе неоднозначна и находится в группе врачебного персонала в диапазоне от 4300 до 7500 руб., соответственно среднего – от 2200 до 4400 руб. Наименьший уровень средней заработной платы как врачебного, так и среднего медицинского персонала – в Челябинской области, наибольший – в Ханты-Мансийском автономном округе (рис. 5). Отрадно отметить, что в Ханты-Мансийском автономном округе губернатором округа проводится большая работа по изысканию финансовых средств для повышения заработной платы медицинским работникам. Так, на территории округа распоряжением губернатора №152-рг от 02.03.1998 года утверждено повышение оклада Единой тарифной сетки за работу во вредных условиях труда работникам противотуберкулезной службы в размере до 50%.

Наряду с низким уровнем заработной платы медицинских работников учреждений здравоохранения Ур.ФО в большинстве территорий Уральского федерального округа отмечается задержка ее выплаты, особенно

2



ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ СРЕДНИМИ МЕДИЦИНСКИМИ РАБОТНИКАМИ ПО ТЕРРИТОРИИ
(НА 10 000 НАСЕЛЕНИЯ), 2002 ГОД

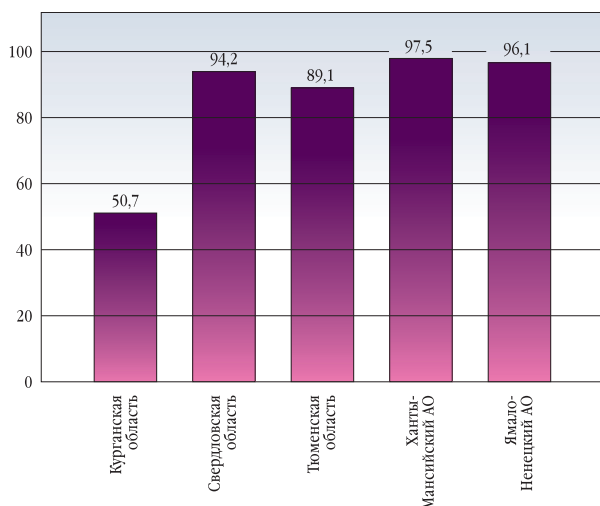
в дотационных территориях. Кроме того, в подавляющем числе субъектов Ур.ФО из-за отсутствия свободных финансовых средств в территориях повышение заработной платы в соответствии с постановлениями Правительства Российской Федерации постоянно задерживается.

Жилищно-бытовые условия медицинских работников в ряде территорий округа остаются не вполне благоприятными. Так, в Курганской области только 78% врачей и среднего медицинского персонала проживают в благоустроенных квартирах и комнатах, 11% – в собственных домах, 1,9% – в неблагоустроенных квартирах, 3,3% – в отдельных комнатах в общежитиях, 2,5% – на частных квартирах или занимают койко-место в общежитии. В Уральском федеральном округе во всех его субъектах сохраняется и требует неотложного разрешения проблема обеспечения жильем молодых специалистов.

Существующие практически во всех территориях Уральского федерального округа проблемы невысокой заработной платы, низкого обеспечения жильем и другие снижают привлекательность врачебной профессии. Значительный вклад в снижение престижа профессии врача вносят неудовлетворительная материально-техническая база и низкая оснащенность современным медицинским оборудованием ряда учреждений здравоохранения. Особенно неблагоприятная ситуация отмечается на селе. Так, в сельских районах Ямало-Ненецкого автономного округа 60% зданий находится в аварийном состоянии, из них 40% требуют реконструкции, 60% нуждаются в капитальном ремонте. Подлежат восстановлению фельдшерско-акушерские пункты и фактории на путях миграции кочующего населения. В Свердловской области, по данным выборочных проверок, третья часть ФАПов оснащена медицинским оборудованием на 60%, две третьих ФАПов соответственно – на 50% и менее от положенного. На большинстве ФАПов отсутствуют стандартные бланки учетных форм первичной медицинской документации, поступавшие ранее централизованно.

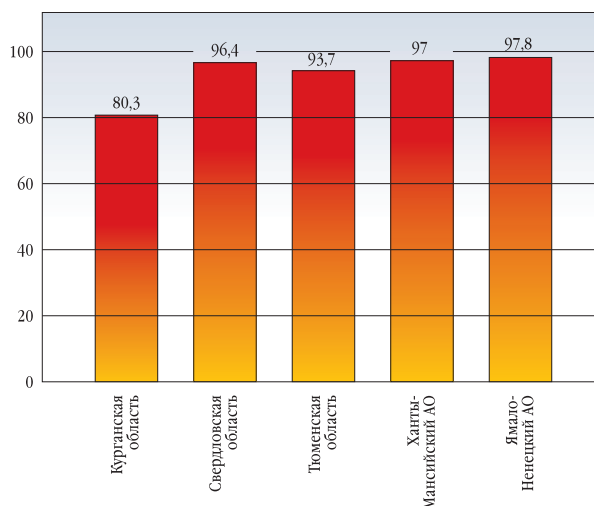


3



УКОМПЛЕКТОВАННОСТЬ ВРАЧЕБНЫМИ КАДРАМИ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ (%), 2002 ГОД

4



УКОМПЛЕКТОВАННОСТЬ СРЕДНИМИ МЕДИЦИНСКИМИ РАБОТНИКАМИ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ (%), 2002 ГОД

Таблица 1

ВОЗРАСТНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА
ВРАЧЕБНЫХ КАДРОВ

Возраст	Курганская область		Тюменская область		Свердловская область	
	1996	2001	1996	2001	1996	2001
До 50 лет	79,1	71,8	80,6	77,9	73,0	70,0
50 лет и старше	20,9	28,2	19,4	22,0	27,0	30,0

В связи с отсутствием адекватного финансирования сельского здравоохранения строительство новых, проведение реконструкции и укрепление материально-технической базы лечебно-профилактических учреждений сельских районов ведутся неудовлетворительно.

Тем не менее, несмотря на существующие проблемы социально-бытового характера, профессия медицинского работника продолжает привлекать абитуриентов учебных заведений. Данный факт подтверждают не снижающиеся конкурсы при приеме абитуриентов в медицинские вузы и училища, составляя от двух до четырех человек на место.

Формирование кадрового потенциала врачей и среднего медицинского персонала осуществляется путем обучения на базе высших и средних медицинских учреждений студентов, интернов, ординаторов, аспирантов и учащихся средних учебных заведений.

В Уральском федеральном округе подготовка врачей ведется на базах Уральской государственной, Тюменской, Челябинской медицинских академий, Ханты-Мансийского медицинского института, медицинского факультета Сургутского университета. Медицинские училища и колледжи, выпускающие специалистов со средним медицинским образованием, имеются во всех территориях Ур.ФО. С целью разрешения проблемы обеспечения лечебно-профилактических учреждений медицинскими кадрами в округе проводится работа по целевому направлению в высшие и средние медицинские образовательные учреждения. Для более углубленного изучения предметов медико-биологического блока, проведения профориентационной работы со школьниками, желающими в будущем получить профессию врача, в большинстве территорий Ур.ФО на базе школ организуются специализированные медицинские классы, а на базе медицинских вузов – факультеты довузовской подготовки.

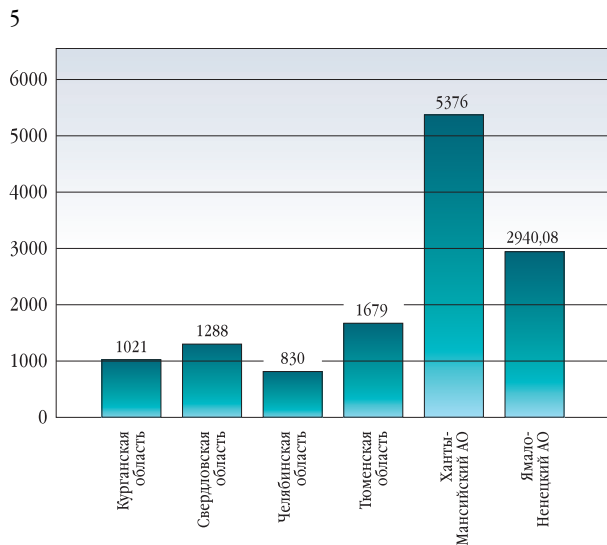
Рассматривая проблемы и перспективы подготовки специалистов здравоохранения в Уральском федеральном округе, следует отметить, что в рамках Концепции здраво-

охранения и медицинской науки Российской Федерации в округе получило свое развитие обучение студентов на базе медицинских вузов по таким новым специальностям, как клинический фармаколог, медицинский психолог, медицинская сестра с высшим образованием и др. Так, в Уральской государственной медицинской академии уже четыре года функционирует факультет высшего сестринского образования, два года – факультет клинической фармакологии, открыт фармацевтический факультет.

Несмотря на большую проводимую работу по профориентационной подготовке абитуриентов, целевому направлению их в высшие и средние учебные заведения, многие выпускники медицинских образовательных учреждений не возвращаются на свои рабочие места по вышеизложенным причинам. Усугубляет кадровую ситуацию в здравоохранении Уральского федерального округа отсутствие системы распределения выпускников, обучающихся за государственные средства, по лечебно-профилактическим учреждениям территорий. Одной из причин нежелания выпускников работать в медицинских учреждениях по месту целевого назначения является непредоставление жилья специалистам здравоохранения.

В Уральском ФО создана и в течение длительного времени функционирует система последилового обра-





СРЕДНЯЯ ЗАРАБОТНАЯ ПЛАТА МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ПО ТЕРРИТОРИИ (РУБ.), 2001 ГОД

зования, а головным учреждением является Уральская государственная медицинская академия последипломного образования (г. Челябинск), организованная 22 года назад, обучающая и сертифицирующая более 5 тыс. врачей в год по 84 врачебным специальностям. Факультет повышения квалификации и профессиональной переподготовки Уральской государственной медицинской академии (г. Екатеринбург), работающий более 40 лет, ежегодно обучает до 3 тыс. врачей, до 500 человек проходят профессиональную переподготовку по 32 врачебным специальностям. Тюменская государственная медицинская академия, открывшая факультет повышения квалификации и профессиональной переподготовки 22 года назад, также ежегодно обучает и сертифицирует более 1000 врачей и фармацевтов по 26 специальностям. В г. Кургане на базе Института им. академика Илизарова ведется на самом современном уровне подготовка врачей по травматологии и ортопедии. Руководство медицинского факультета Сургутского государственного университета ведет работу по открытию структур для подготовки и переподготовки врачей наиболее востребованных специальностей.

В целом в различных территориях Уральского федерального округа в 2002 году в результате последипломного усовершенствования высшего и среднего медицинского персонала доля врачей, получивших сертификат специалиста, колеблется от 77,9 в Курганской области, до 85,7% в Ямало-Ненецком автономном округе. Среди средних медицинских работников – от 51,7 в Курганской и до 66,1% в Тюменской областях. Доля врачей, аттестованных высшей и первой категорией, в Уральском федеральном округе составляет 44,8%, среднего медицинского персонала – 55,1%.

Таким образом, высшие медицинские учреждения Ур.ФО ежегодно оказывают образовательные услуги более чем 9 тыс. специалистов здравоохранения практически по всем врачебным специальностям и реализуют, таким образом, требования Закона о высшем и последипломном образовании.

Однако одной из проблем ЛПУ становится отток врачебных кадров из учреждений здравоохранения, что существенно затрудняет направление оставшихся малочисленных сотрудников, а то и единственного специалиста, на обучение, тем более если цикл тематического или общего усовершенствования рассчитан на 2–3 месяца. В настоящее время в Ур.ФО наибольшей популярностью пользуются 144-часовые месячные циклы. Другая проблема – финансовая. ЛПУ подчас не имеют возможности оплатить дорожные, командировочные и гостиничные расходы, и это при условии, что само дополнительное образование специалистов оплачивается из федерального бюджета.

Нет достаточной четкости в определении понятия профессиональной переподготовки. Если ее расценивать как второе профессиональное образование – ЛПУ следует оплачивать образовательные услуги. С другой стороны, к профессиональной переподготовке руководителям ЛПУ и администраций территорий следует подходить более ответственно, чем это имеет место быть. В своей практике мы встречали лиц, направившихся на профессиональную переподготовку трижды за 2 года, а на тематические усовершенствования, на различные кафедры до 9 раз за 5 лет! Это совершенно нерациональное расходование федеральных средств, и только экономические рычаги способны остановить «вал» специалистов, меняющих профессии и не успевающих отработать средства, потраченные на их пресуществующее образование.

К той же финансовой проблеме, напрямую связанной с последипломным образованием, следует отнести ограниченные возможности особенно периферийных ЛПУ в создании профессиональных библиотек и подписок на соответствующие журналы. Высокая стоимость монографий, учебников и журналов привели к тому, что развитие библиотек в ЛПУ остановилось в 70–80-е годы.

Другая проблема – «варяги». Кафедры, особенно работающие по относительно уникальным и всегда платным специальностям, например, иглорефлексотерапии и психотерапии, «наезжают» в территорию, не всегда законно оформляя договоры, но всегда получающие с курсантов деньги и... выдающие сертификаты специалиста за 10–12 дней обучения! Так, Свердловская областная сертификационная комиссия приняла на этот счет достаточно жесткое решение – с 2003 года легитимными признавать документы, выданные после таких циклов обучения, только при согласовании с областным министерством здравоохранения. Чрезвычайно сложно реализовывать последипломное обучение врачей с переходом на коэффициент нагрузки 1:6. И если на кафедрах терапевтического профиля хоть как-то можно выйти из положения, то как быть кафедрам, которые учат путем индивидуальной подготовки. Как, например, хирурга научить новой операции, акушера – новой технологии, специалиста лучевой диагностики, физиотерапевта, врача-лаборанта и врача-бактериолога? Обучение в этих и многих подобных ситуациях эффективным быть не может.

Глубоко убеждены, что в будущем последипломная подготовка врачей должна проводиться по заочно-очному принципу обучения. Кафедра, факультет, инсти-



тут, информируя курсанта о целях и задачах цикла, снабжают его учебными пособиями по всем темам. В течение 3–4 недель курсант без отрыва от основной работы осваивает содержание учебных пособий, затем, приезжая на очную часть цикла, сдает компьютерный экзамен по теоретической части обучения, прослушивает минимальное количество установочных лекций и в течение 3–4 недель обучается у постели больного, в операционной, женской консультации, у микроскопа, негатовскопа, в физиотерапевтическом кабинете и т.п.

Подводя итог анализа кадровой ситуации в Уральском федеральном округе, целесообразно выделить ряд проблем:

- снижение обеспеченности врачами и средними медицинскими работниками на протяжении последних пяти лет;
- неравномерность в распределении медицинских кадров по территориям;
- высокий процент совместительства врачебных и средних медицинских должностей;
- отрицательная динамика движения кадров в сфере здравоохранения округа: прием на работу медицинского персонала отстает от его выбытия;
- рост в большинстве территорий округа доли работников здравоохранения предпенсионного и пенсионного возраста;
- низкий уровень средней заработной платы и жилищно-бытовых условий медицинского персонала;
- проблема обеспечения жильем молодых специалистов;
- в ряде территорий наблюдается неудовлетворительная материально-техническая база, низкая оснащенность современным медицинским оборудованием учреждений здравоохранения, особенно на селе;
- отсутствует система государственного распределения выпускников медицинских учреждений;
- качество обучения специалистов учреждений здравоохранения на выездных циклах последипломного образования.

В связи с вышеуказанными мероприятиями, направленными на улучшение кадровой политики в Уральском федеральном округе, должны быть следующие:

- развитие системы государственного заказа на объем и структуру подготовки медицинского персонала, первичной специализации выпускни-

ков медицинских академий на основе тщательного анализа состава кадров и его движения;

- разработка вопроса о восстановлении государственного распределения студентов, обучающихся за счет средств бюджетов системы здравоохранения, развитие контрактной формы подготовки специалистов;

- целенаправленная работа министерств, департаментов и управлений здравоохранения Ур.ФО с администрациями муниципальных образований по оценке общей потребности в медицинском персонале, проработке возможностей для привлечения молодых специалистов и осуществления контроля за реализацией социальных гарантий медицинским работникам, закрепленным федеральным, областным, окружным законодательствами;

- взаимодействие с образовательными учреждениями с целью обеспечения специалистов, работающих в учреждениях здравоохранения, последипломным образованием в соответствии с потребностью отрасли;

- совершенствование системы мониторинга, регулярного анализа и прогноза развития медицинских кадров во всех субъектах округа;

- повышение уровня заработной платы медицинским работникам;

- организация и проведение жесткого контроля со стороны администрации и прокуратуры за своевременными выплатами заработной платы работникам учреждений здравоохранения;

- повышение роли местных администраций в решении кадровых проблем (целевые наборы, приглашение врачей по индивидуальным контрактам, строительство жилья на льготных условиях и т.п.);

- организация деятельности отделения Центральной аттестационной комиссии Минздрава России в Уральском федеральном округе на базе Уральской государственной медицинской академии (проведение аттестации кадров врачебного и среднего медицинского персонала, контроль работы аттестационных комиссий по здравоохранению субъектов Ур.ФО) как одного из инструментов, повышающих квалификацию медицинских работников.

НАЧАЛЬНИК ОТДЕЛА
ПО КООРДИНАЦИИ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ
ПО ВОПРОСАМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
В УРАЛЬСКОМ ФЕДЕРАЛЬНОМ ОКРУГЕ,
Д.М.Н., ПРОФЕССОР
Д.Н. Голубев

ПРОРЕКТОР ПО ПОСЛЕДИПЛОМНОЙ
ПОДГОТОВКЕ УГМА, Д.М.Н., ПРОФЕССОР
Ю.П. Чугаев

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ И ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ ЯМАЛО-НЕНЕЦКОГО АВТОНОМНОГО ОКРУГА

В Ямало-Ненецком автономном округе в 2002 году были сохранены гарантированные объемы и уровень качества медицинской помощи для всех жителей и обеспечена стабильная работа лечебно-профилактических учреждений. В основном сохранена, а в некоторых районах улучшена материально-техническая база лечебно-профилактических учреждений, сохранен кадровый состав. Уровень социально значимых заболеваний стабилизировался.

Тенденции рождаемости, общей и младенческой смертности в округе в определенной мере соответствовали общероссийским тенденциям, при этом показатели смертности никогда не превышали показателей рождаемости, что наблюдается в целом по стране.

За последние три года произошла стабилизация демографических процессов. Рождаемость в 2002 году увеличилась до показателя 12,9 на 1000 населения, что на 739 детей больше, чем в 2000 году, и на 191 ребенка в сравнении с прошлым годом (РФ – 9,1). Показатели общей и младенческой смертности снижаются, при этом показатель общей смертности почти втрое меньше среднероссийского (5,7; 15,6 на 1000 населения соответственно), показатель младенческой смертности приблизился к среднероссийскому показателю (14,1; 13,3 на 1000 родившихся живыми соответственно).

Улучшились демографические процессы и на селе. Замедлены темпы снижения традиционно высокой рождаемости, которая равна 15,5 на 1000 населения. Показатель общей смертности почти в два раза ниже среднероссийского (7,5; 15,6% соответственно), а высокий показатель младенческой смертности имеет стойкую динамику снижения (рис. 1). Уровень демографических показателей на селе во многом определяет специфика жизнедеятельности и быта сельского и кочующего населения. Поэтому районы с большим количеством кочующего населения имеют самые высокие показатели младенческой смертности.

В структуре смертности 47% приходится на заболевания сердечно-сосудистой системы, несчастные случаи, отравления и травмы занимают второе место – это

33%, с большим удельным весом отравлений наркотиками, этанолом и суррогатами алкоголя, 19% людей умирает от злокачественных новообразований (рис. 2).

Причины смерти детей первого года жизни – это врожденные аномалии, состояния перинатального периода, которые напрямую связаны со здоровьем матери. Внутриутробные инфекции и несчастные случаи лидируют в 2002 году.

Дети коренной национальности раннего возраста чаще всего умирают от асфиксии рвотными массами, пищей, от несчастных случаев. Такая ситуация связана с особенностями вскармливания детей первого года жизни в условиях тундры, а также с условиями хранения смесей, их сроками годности, уровнем культуры родителей.

Стабилизация и снижение общей смертности связаны в первую очередь с мерами социальной защищенности населения округа в последние годы.

Некоторое снижение младенческой смертности достигнуто в основном благодаря совершенствованию технологий неонатальной реанимации, которая, как известно, не уменьшает количество инвалидов с детства, хронических больных в дальнейшем. По данным исследований ученых Санкт-Петербургской медицинской академии, увеличение частоты врожденных пороков развития связано и с высоким уровнем токсикогенных нагрузок на организм беременных женщин, который на территории округа значительно превышает нормативы ВОЗ.

Уровень экстрагенитальной патологии у беременных составляет 61%, за последние 10 лет увеличился вдвое. Первое место в структуре патологии занимает анемия – 44,9%, второе место – болезни мочеполовой системы – 20,3%.

Возрастающий уровень экстрагенитальной патологии объясняет высокую работу коек для патологии беременности (320 дней в году), а также низкий процент нормально протекающих родов (табл. 1).

Рост генитальной и экстрагенитальной патологии беременных расширил показания для оперативно-

го родоразрешения. В 2002 году выполнено 1125 оперативных родоразрешений «цесарево сечение», что на 15,2% больше выполненных в 2001 году.

Уровень материнской смертности в округе с 1999 года снизился с 86,5 до 15,2 на 100 тыс. живорожденных (РФ – 36,6) (рис. 3). В абсолютном количестве за 2002 год был зарегистрирован 1 случай материнской смерти, основной причиной которой явилась экстрагенитальная патология – туберкулез легких с дыхательной недостаточностью II–III степени.

С целью улучшения акушерско-гинекологической помощи для районов округа были созданы на базе акушерских стационаров ЛПУ г. Н.Уренгоя, Надыма, Салехарда перинатальные центры для поэтапного обеспечения медицинской помощью беременных и рожениц, что дало положительные результаты в снижении материнской смертности.

В 2002 году на 6590 родов по округу зарегистрировано 83 новорожденных, родившихся с врожденными пороками, что превышает уровень 2000 года более чем вдвое. Динамика роста врожденных пороков развития у новорожденных представлена на рисунке 4.

В 2002 году на диспансерном учете состояло 2126 детей-инвалидов. Среди причин, приводящих к инвалидности, основными являются: ухудшение экологической обстановки, рост детского травматизма, патология течения беременности, родов, высокий уровень заболеваемости родителей, особенно матерей, неблагоприятные условия труда женщин.

Динамика заболеваемости новорожденных пропорциональна ухудшающемуся здоровью будущих матерей и обратно пропорциональна снижающейся перинатальной смертности (перинатальный период от 28 недель беременности до 7 дней жизни).

Для снижения заболеваемости новорожденных в округе реализуется окружная целевая программа «Безопасное материнство и детство», направленная на улучшение качества медицинского обслуживания детского населения, повышение уровня здоровья детей и на снижение младенческой смертности.

В рамках данной программы в 2002 году продолжалось оснащение детских и родовспомогательных учреждений современным медицинским оборудованием, обеспечение медикаментами, закупались продукты питания для лечения больных фенилкетонурией.

По данным диспансеризации, удельный вес детей с хронической патологией превышает удельный вес здоровых во всех возрастных группах, начиная с дошкольного возраста. 54% детей, посещающих детские дошкольные учреждения (ДДУ), уже больны хронической патологией, у детей школьного возраста она увеличивается почти на 27%, что требует безотлагательных мер организации охраны здоровья и профилактики в школе.

Из числа юношей допризывного возраста, подлежащих первичной постановке на военный учет (3265), 55% нуждались в проведении лечебно-оздоровительных мероприятий. Наибольший рост патологии отмечается по классам психические расстройства, болезни глаз, эндокринной системы и болезни костно-мышечной системы.

Основными факторами, способствующими формированию функциональных нарушений и болезней у юношей за период обучения в учебных заведениях, являются несоответствие действующим санитарно-гигиеническим нормативам показателей освещенности, микроклимата, оснащение школ ученической мебелью, организации образовательного процесса. По-прежнему актуальна проблема организации горячего питания. Остается высоким уровень учебных нагрузок, что не соответствует функциональным возможностям организма в период его интенсивного роста и развития и способствует возникновению отклонений в здоровье детей.

По итогам весеннего призыва 2003 года 66,5% призывников нуждались в оздоровительных мероприятиях, 95,5% из них пролечены. Несмотря на это, имеет место возврат призывников из войск. Так, в 2003 году из 1111 юношей вернулись 15. Причинами возврата в основном являются психические заболевания, органические поражения ЦНС.

В структуре заболеваемости взрослых наблюдается неуклонный рост болезней, риск возникновения которых связан прежде всего с деструктивными поведенческими факторами, такими как несбалансированное питание, курение, гипокинезия, злоупотребление алкоголем и т.д.

В структуре заболеваемости подростков и детей обращают на себя внимание хронические болезни миндалин и аденоидов, дающие большое количество осложнений, но легко предупреждаемые профилактическими мерами.

Заслуживают особого внимания высокие показатели болезней глаз как результат региональных особенностей светового дня и увеличивающейся нагрузки на зрительный орган всеобщей компьютеризацией.

Остаются высокими показатели травм и отравлений у детей и подростков, формирующие высокую смертность в этом возрасте.

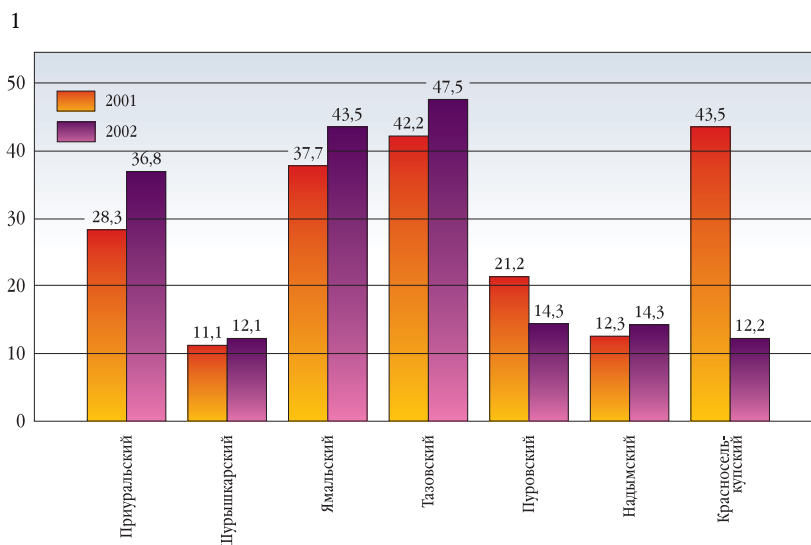
Не регистрируются случаи заболеваний дифтерией и корью, снизилась заболеваемость коклюшем более чем на 90% и краснухой более чем на 88% в сравнении с 2000 годом, отмечается стабилизация заболеваемости по эпидемическому паротиту, туберкулезу, острым гепатитам.

Существует проблема аборт (рис. 5), предупреждения нежелательных беременностей. В этом направлении активизирована работа в школах, средних и высших учебных заведениях.

Удовлетворительно решаются проблемы социально значимых заболеваний. Цель – привлечение внимания к проблеме, концентрация финансовых средств достигнута включением этих медико-социальных проблем в окружную целевую программу «Охрана здоровья населения и профилактика социально значимых заболеваний в ЯНАО на 2002–2006 годы». Есть положительный результат, который заключается не только в снижении показателей заболеваемости, смертности, продлении сроков первых осложнений, продлении сроков полноценной жизни, но и в достижении понимания проблемы ее тенденций и темпов.

Показатель заболеваемости населения округа злокачественными новообразованиями равен 156,6 на





МЛАДЕНЧЕСКАЯ СМЕРТНОСТЬ В СЕЛЬСКИХ ТЕРРИТОРИЯХ (НА 1000 РОДИВШИХСЯ ЖИВЫМИ)

100 тыс. населения, что в два раза меньше показателя по России (314,3 на 100 тыс. населения в 2000 году) и на 12,1% меньше 2001 года.

Наметилась тенденция роста доли больных, выявленных при профилактических осмотрах, в сравнении с уровнем 2000 года – на 4,6% и составила 7,0% (по России – на 3,1% и составила 9,6% в 2001 году), но и эта цифра крайне мала, далеки от желаемого профилактическая работа на предприятиях и уровень санитарно-гигиенической культуры населения.

Увеличился удельный вес больных злокачественными новообразованиями, выявленных на ранней стадии (I–II) опухолевого процесса. Доля их от лиц с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования в 2002 году – 47% против 39% 2000 года (по России – 40,9% в 2001 году против 39% 2000 года).

Уменьшился уровень запущенности (IV стадия заболевания) по сравнению с 2000 годом на 3% и составил 16,9% в 2002 году (по России – на 2,8% и составил 24% в 2001 году).

Как результат положительных тенденций – увеличивающийся процент больных, находящихся под наблюдением 5 лет и более после установления диагноза. В 2002 году доля таких больных составила 36,2%. Таким образом, растет и контингент больных злокачественными новообразованиями, состоящих под диспансерным наблюдением.

Стабилизировались уровни первичной заболеваемости туберкулезом (табл. 2). Показатель смертности в ЯНАО значительно ниже среднероссийского – 10,3; 19,9 на 100 тыс. населения соответственно.

Уменьшается доля детей в структуре первичной заболеваемости туберкулезом с 8,9% в 2000 году до 6,2% в 2002 году.

Отмечается снижение распространенности туберкулеза у детей до 20,0 на 100 тыс., который приближается к среднероссийскому показателю.

Остается высокой первичная заболеваемость, распространенность туберкулеза (более чем в четыре раза выше) среди коренных и малочисленных народов Севера.

Количество лиц, больных наркоманией, в округе превышает показатели по Российской Федерации в 1,35 раза. Однако достигнуто уменьшение группы лиц, страдающих наркоманией, в сравнении с 2001 годом на 8,3%. Наблюдается снижение и первичной заболеваемости наркоманией.

Очевидно, что это результат тех беспрецедентных мер, которые предпринимает руководство округа по пресечению употребления и распространения наркотиков в округе.

Несмотря на стабильно высокие показатели заболеваемости ВИЧ-инфекцией в округе, произошло замедление темпов распространения данного заболевания по сравнению с прогнозируемыми показателями. В 1997 году показатель заболеваемости ВИЧ-инфекцией (на 100 тыс. населения) в округе превышал общероссийский в 2,5 раза, на сегодняшний день общероссийский и окружной показатели практически сравнялись. Показатель заболеваемости ВИЧ-инфекцией в ЯНАО в 3 раза ниже, чем в ХМАО.

Заболеваемость сифилисом в 2002 году снизилась по сравнению с прошлым годом на 24,5% и составила 85,7 на 100 тыс. населения (рис. 7).

Остается высокой заболеваемость, в том числе и социально значимыми болезнями, среди коренных и малочисленных народов Крайнего Севера, живущих в сельской местности и ведущих кочевой образ жизни. Это связано с:

- особенностями уклада жизни (постоянное перемещение, скученность в чуме, проблемы с изоляцией);
- отдаленностью мелких поселков, их труднодоступностью (102 сельских населенных пункта, в 45 из которых проживает менее 100 человек)
- отсутствием транспортных схем;
- экстремальностью климатических условий;



2



СТРУКТУРА ОСНОВНЫХ ПРИЧИН СМЕРТИ В 2002 ГОДУ

Таблица 1

ДИНАМИКА РОДОВ

Показатель	2000	2001	2002
Принято родов (абс. число)	5670	6132	6458
Число нормальных родов, принятых в стационаре (в %)	34,9	35,8	34,8

– выраженными нарушениями микроэлементно-фона, снижающими физиологические резервы организма, приводящими к хроническому напряжению функциональных систем с развитием целого ряда хронических заболеваний.

Специфика территории, ее особенности послужили развитию передвижных форм лечебно-диагностической и консультативной помощи сельскому и тундровому населению в виде многопрофильных врачебных амбулаторий, здравпунктов, передвижных медицинских отрядов, разъездных фельдшеров. Сложная транспортная схема послужила причиной создания системы взаимодействия этих структур с санитарной авиацией, которая позволяет эффективно оказывать экстренную и планово-консультативную помощь сельскому и кочующему населению отдаленных поселков.

2002 год стал решающим для внедрения стационарозамещающих видов медицинской помощи. В минувшем году они работали в семи ЛПУ шести муниципальных образований. Пять дневных стационаров в больничных учреждениях на 44 места, 10 дневных стационаров при амбулаторно-поликлинических учреждениях на 89 мест. Всего на койках дневных стационаров в 2002 году было пролечено 3032 больных.

Обеспеченность больничными койками – 115,4 на 10 тыс. населения, работа койки в году – 285 дней, средняя длительность пребывания больного на койке – 13,9, оборот койки – 20,4.

Высокотехнологичные виды медицинской помощи (требующие значительных финансовых затрат на содержание) населению Ямало-Ненецкого автономного округа оказывают в федеральных клиниках и лечебно-профилактических учреждениях других субъектов Федерации.

Обеспеченность врачебными кадрами сельских территорий недостаточна, что связано в первую очередь с нежеланием специалистов работать на селе в условиях неудовлетворительного быта. Остается высоким процент совместительства, при котором сложно требовать качества, а тем более выполнение профилактической работы. В большей мере это продиктовано мизерной заработной платой, не соответствующей образованию, и огромной ответственностью за работу с больным.

В целях улучшения здоровья населения в округе реализуется целевая программа «Охрана здоровья населения и профилактика социально значимых заболеваний в ЯНАО на 2002–2005 годы», в которую вошли подпрограммы, состоящие из социально приоритетных направлений деятельности здравоохранения:

- «Анти-СПИД»;
- «О неотложных мерах борьбы с туберкулезом»;
- «Сахарный диабет»;
- «Развитие и совершенствование службы медицины катастроф»;
- «О мерах по предупреждению распространения инфекций, передаваемых половым путем»;
- «Развитие службы скорой помощи»;
- «Охрана материнства и детства».

Материально-техническая база большинства лечебно-профилактических учреждений остается неудовлетворительной. Большая часть зданий сельских больниц и поликлиник расположена в деревянных и приспособленных помещениях постройки 60–70-х годов.

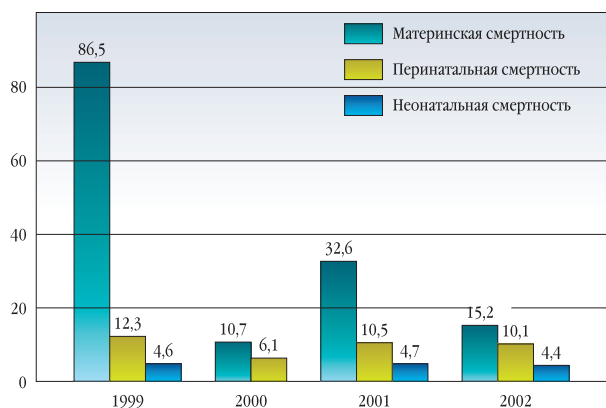
Для укрепления материально-технической базы объектов сельского здравоохранения, привлечения медицинских кадров на село, тем самым обеспечения доступности в получении квалифицированной медицинской помощи сельскому населению в округе работает целевая программа «Строительство первоочередных объектов здравоохранения ЯНАО в сельской местности на период 2002–2006 годов».

В автономном округе за 2002 год полностью сохранены государственные гарантии по лекарственному обеспечению населения, регламентированные постановлением Правительства Российской Федерации №890 от 30.07.1994 «О государственной поддержке развития медицинской промышленности и улучшении обеспечения населения и учреждений здравоохранения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения» и постановлением губернатора автономного округа №601 от 19.10.1998 «Об организации обеспечения населения автономного округа лекарственными средствами, отпускаемыми по рецептам врачей бесплатно или со скидкой».

В Ямало-Ненецком автономном округе более 24% населения имеют право на льготный и бесплатный отпуск медикаментов по рецептам врачей. На обеспечение этой льготы лечебно-профилактическими учреждениями ЯНАО израсходовано за 2002 год 71 495 тыс. руб., в т. ч. через аптечные учреждения – на сумму 60 544,1 тыс. руб.

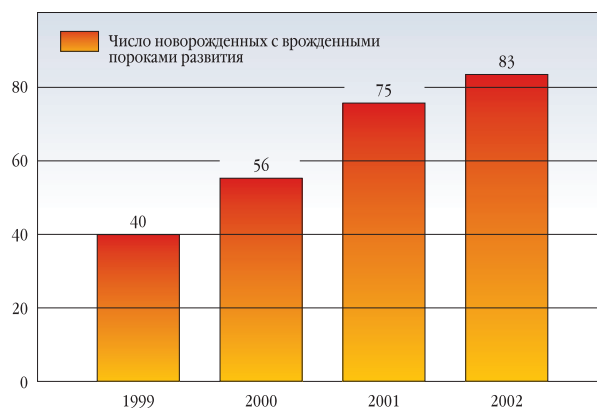


3



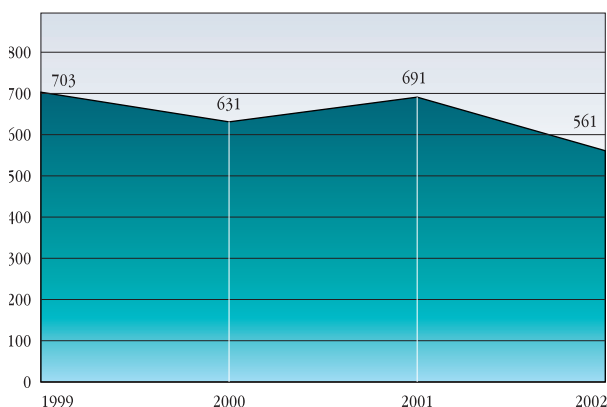
ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ МАТЕРИНСКОЙ, ПЕРИНАТАЛЬНОЙ И РАННЕЙ НЕОНАТАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ

4



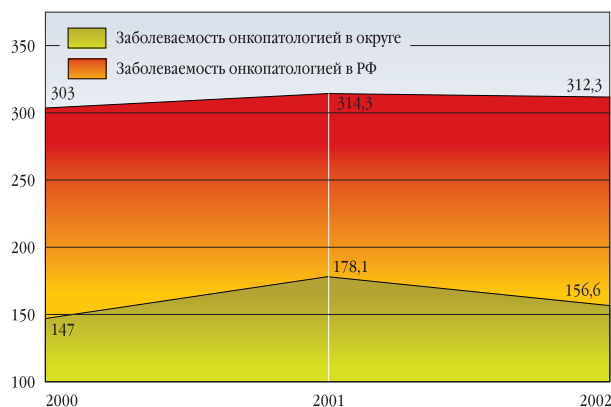
ДИНАМИКА РОСТА ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ

5



ДИНАМИКА ЧИСЛА АБОРТОВ У ДЕВУШЕК В ВОЗРАСТЕ 15-19 ЛЕТ (АБС.)

6



ДИНАМИКА УРОВНЕЙ ОНКОЗАБОЛЕВАЕМОСТИ В ЯНАО И РФ (НА 100 ТЫС. НАСЕЛЕНИЯ)

Основные категории льготников:

- инвалиды 1, 2, 3-й групп – 11 899,44 тыс. руб. (19,6% от общей суммы бесплатных и льготных медикаментов);
- больные сахарным диабетом – 10 383,1 тыс. руб. (17,15%);
- больные онкозаболеваниями – 8664,6 тыс. руб. (14,31%);
- дети до 3 лет – 8034,8 тыс. руб. (13,3%);
- больные бронхиальной астмой – 6400,0 тыс. руб. (10,6%).

С 1 января 2003 года в автономном округе введены дополнительные льготы по лекарственному обеспечению участников вооруженных конфликтов в соответствии с Законом ЯНАО от 17 мая 2002 года «О мерах по социальной защите граждан, выполнявших задачи в условиях чрезвычайного положения и при вооруженных конфликтах на территории Российской Федерации и республик бывшего СССР» (постановление губернатора автономного округа №85 от 27.03.2003).

Для кочующего коренного населения, кроме предусмотренных законодательством льгот, ежегодно централизованно приобретаются аптечки на сумму более 1,5 млн. руб. По соглашению с органами социальной за-

щиты бесплатно получают медикаменты и изделия медицинского назначения студенты из числа лиц коренной национальности, обучающиеся в городах округа.

Источниками финансирования лечебно-профилактических учреждений округа являются средства бюджета, ФОМС, доходы от предпринимательской деятельности (платные медицинские услуги).

Структура финансирования здравоохранения сложилась в 2002 году следующим образом (рис. 8):

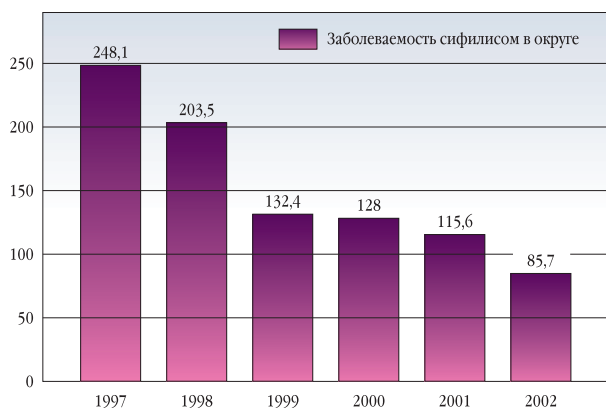
- 59,9% – профинансировано из бюджета;
- 37,3% – поступления от ФОМС;
- 2,8% – поступления от предпринимательской деятельности.

Предпринимательская деятельность в системе здравоохранения нашего округа не находит своего развития, так как расходы окружного бюджета на здравоохранение, которые в 2002 году составили 4,6%, компенсируют государственные гарантии гражданам в предоставлении достаточных объемов бесплатной медицинской помощи.

Расходы на душу населения в 2002 году составили 6633 руб. 79 коп. без учета расходов на санитарную авиацию и средств, предусмотренных в окружном бюджете на реализацию мероприятий по окружным целевым медицинским программам.

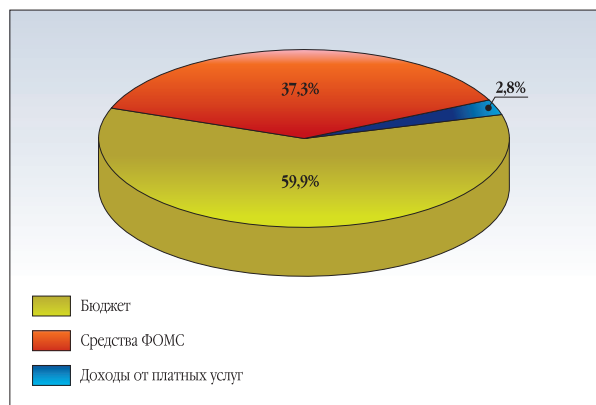


7



ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ СИФИЛИСОМ В ЯНАО (НА 100 ТЫС. НАСЕЛЕНИЯ)

8



СТРУКТУРА ФИНАНСИРОВАНИЯ ЛПУ ОКРУГА ПО ИСТОЧНИКАМ ЗА 2002 ГОД

Таблица 2

ДИНАМИКА ПЕРВИЧНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

	2000		2001		2002	
	абс. число	на 100 тыс.	абс. число	на 100 тыс.	абс. число	на 100 тыс.
Постоянное население округа	429	85,0	370	73,2	388	78,4
Территориальный показатель (с учетом больных УИН)	517	101,4	435	85,4	496	96,6

Состояние ресурсов здравоохранения округа позволяет и обязывает обеспечивать предоставление бесплатной и доступной медицинской помощи населению не увеличением количества штатов, учреждений здравоохранения, оснащения, финансирования, а более рациональным и эффективным использованием имеющихся ресурсов.

К приоритетным задачам здравоохранения на 2003 год и среднесрочную перспективу следует отнести:

1. Развитие профилактического направления медицины (формирование у населения навыков здорового образа жизни, повышение уровня санитарно-гигиенической культуры, ориентированной на минимизацию факторов, негативно влияющих на здоровье, как не требующих значительных финансовых затрат и имеющих высокую эффективность).
2. Разработку и реализацию целевых программ.
3. Развитие первичной медико-санитарной помощи на базе муниципального здравоохранения, перераспределение части объемов помощи из стационарного сектора в амбулаторный (создание в поликлиниках консультативно-диагностических служб, медико-социальной реабилитации, ухода, дневного стационара, амбулаторной хирургии и медико-социальной помощи).

4. Развитие передвижных форм лечебно-диагностической и консультативной помощи в виде многопрофильных врачебных амбулаторий, здравпунктов, передвижных медицинских отрядов, разъездных фельдшеров (выделение жилья данной категории работников; материальное стимулирование; целевая подготовка фельдшеров из числа коренного населения для работы в тундре; обеспечение современной двухсторонней связью, транспортом и необходимым портативным медицинским оборудованием).

5. Строительство ФАПов.

6. Работа с кадрами.

7. Продолжение НИР по проблемам здоровья коренных и малочисленных народов Севера, а также пришлого населения.

8. Взаимодействие работников практического здравоохранения с населением, с одной стороны, и ведущими клиническими и научно-исследовательскими учреждениями, с другой стороны, на основе создания системы видеоконьютерного дистанционного консультирования и мониторинга для оперативного решения вопросов оказания медицинской и информационной помощи.

НАЧАЛЬНИК ДЕПАРТАМЕНТА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ЯНАО
А.Ц. Лясковик

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ ХАНТЫ-МАНСИЙСКОГО АВТОНОМНОГО ОКРУГА

ДИРЕКТОР
ДЕПАРТАМЕНТА
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ХАНТЫ-МАНСИЙСКОГО
АВТОНОМНОГО ОКРУГА
Виктор Давыдович
Вильгельм



КЛИМАТ И ГЕОГРАФИЧЕСКОЕ ПОЛОЖЕНИЕ РЕГИОНА

Ханты-Мансийский автономный округ расположен в срединной части России. Он занимает центральную часть Западно-Сибирской равнины.

Географическое положение округа – между 58-м и 62-м градусами северной широты. С севера на юг округ простирается на 900 км, с запада на восток – на 1400 км. Протяженность внешних границ округа – 4750 км.

Округ расположен в пределах одной природной зоны – лесной. Основную часть территории округа занимает сильно заболоченная тайга. Среди болот и лесов расположено более 25 тыс. озер.

По территории округа с юга на север протекают две крупнейшие реки России – Обь и Иртыш.

На формирование климата существенное влияние оказывают защищенность территории с запада Уральским хребтом, открытость территории с севера, способствующая проникновению холодных арктических масс, равнинный характер местности с большим количеством рек, озер и болот.

Климат округа – резко континентальный, характеризуется быстрой сменой погодных условий, особенно в переходные периоды – от осени к зиме и от весны к лету, а также в течение суток. Зима – суровая и продолжительная, с устойчивым снежным покровом, лето – короткое

и сравнительно теплое, переходные сезоны (весна, осень) с поздними весенними и ранними осенними заморозками.

Климат округа отличается большим разнообразием микроклиматических особенностей. Наиболее низкие температуры воздуха зимой регистрируются в долине реки Вах в Нижневартовском районе.

Средняя температура января по округу: от -18 до -24 градусов по Цельсию.

СТРУКТУРА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Решением №78 от 30 мая 1988 года «Об организации центральной окружной больницы и реорганизации окружного отдела здравоохранения» организована центральная окружная больница с функциями окружного отдела здравоохранения.

В связи с реорганизацией центральной окружной больницы 28 июня 1990 года решением №119 на основании решения I сессии окружного Совета народных депутатов образовано окружное территориальное медицинское управление (ОТМУ).

Постановлением Губернатора автономного округа №42 от 1 января 2000 года «О структуре органов исполнительной власти Ханты-Мансийского автономного округа» в редакции от 19 января 2001 года №11 окружное территориальное медицинское управление (ОТМУ) преобразовано в Департамент здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа.

30 марта 2001 года постановлением Правительства автономного округа №118-п утверждены Положение о Департаменте здравоохранения, его новая структура.

В настоящее время Департамент здравоохранения осуществляет деятельность силами своих структурных подразделений, представленных:

1. Управлением профилактической и лечебной помощи взрослому населению.
2. Службой охраны материнства и детства, включающей отделы охраны здоровья детей и подро-

стков, охраны репродуктивного здоровья, медицинской реабилитации детей, подростков, и санаторно-курортного лечения.

3. Управлением медицинской статистики и информатики.

4. Управлением образовательных медицинских учреждений и кадровой политики.

5. Финансовым управлением.

6. Управлением экономики и развития.

7. Общим отделом.

8. Отделом хозяйственного обеспечения и метрологии.

Специалисты департамента имеют высокий профессиональный уровень: кандидатов медицинских наук – 4, докторов медицинских наук – 1.

Согласно распоряжению Правительства автономного округа №861-рп от 16.12.2002 года в составе департамента образован отдел лицензирования медицинской деятельности.

При Департаменте здравоохранения созданы комиссии по отбору больных детей и взрослых, направляемых на лечение за пределы округа, а также комиссии по аттестации специалистов с высшим и средним медицинским образованием.

Деятельность Департамента здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа направлена на разработку и реализацию принципиальной модели стратегического развития отрасли. Подходы к реформированию здравоохранения одобрены и утверждены распоряжением Правительства Ханты-Мансийского автономного округа №316-рп от 26 июня 2001 года «Об основных направлениях развития здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа», в котором определена стратегия здравоохранения и пути ее реализации.

Департаментом подписано трехстороннее соглашение о взаимодействии между Министерством здравоохранения Российской Федерации, Федеральным фондом обязательного медицинского страхования и Правительством Ханты-Мансийского автономного округа по вопросам обеспечения населения медицинской помощью. Соглашением гарантируется финансирование на территории автономного округа федеральных программ развития здравоохранения. Кроме того, соглашением определены квоты на лечение жителей округа в федеральных клиниках, путевки на санаторно-курортное лечение как для детей, так и для взрослого населения в федеральных здравницах, места для подготовки специалистов в системе непрерывного медицинского и фармацевтического образования.

Разработана и утверждена постановлением Правительства ХМАО №332-п от 18.07.2001 Программа государственных гарантий обеспечения бесплатной медицинской помощи населению автономного округа.

Постановлением Правительства автономного округа №342-п от 18.07.2001 утвержден Перечень медицинских услуг, не входящих в Программу государственных гарантий, финансируемых из средств граждан, предприятий, организаций и добровольного медицинского страхования.

В соответствии с приказом Департамента здравоохранения №191 от 31.05.2002, реально начата работа по реформированию первичного медико-санитарного звена. Разрабатывается концептуальная модель системы общей врачебной (семейной) практики Ханты-Мансийского автономного округа. Подготовлено 22 врача общей практики.

Учитывая специфику автономного округа – территория проживания коренных малочисленных народов Севера (КМНС) – Департаментом здравоохранения большое внимание уделяется организации медицинской помощи данной категории граждан. В отделе организации и контроля качества медицинской помощи населению выделена должность главного специалиста по организации медицинской помощи КМНС. Утверждена и реализуется окружная программа «Здоровье коренных малочисленных народов Севера».

Для обеспечения доступности медицинской помощи жителям отдаленных населенных пунктов и стойбищ функционирует Окружная консультативно-диагностическая передвижная поликлиника на базе теплохода «Пирогов» – единственная в России поликлиника на теплоходе, а также передвижные отряды и отделение санитарной авиации.

Департамент здравоохранения уделяет большое внимание развитию высокотехнологических видов медицинской помощи. Организовано на функциональной основе 3 центра хронического гемодиализа в городах Сургуте, Нижневартовске и Ханты-Мансийске. Больные, нуждающиеся в заместительной почечной терапии (перитониальный и хронический гемодиализ), обеспечиваются в полном объеме за счет средств окружного бюджета. Организован функциональный центр по оказанию высокотехнологической помощи онкогематологическим больным. В округе функционируют 29 аппаратов «Искусственная почка». В 2002 году оборудовано 3 кабинета «Диабетическая стопа», завершается работа по формированию регистра больных сахарным диабетом. Утверждена и ежегодно корректируется окружная целевая программа «Сахарный диабет».

При поддержке департамента активно развиваются интервенционная кардиология, эндопротезирование тазобедренных суставов и т.д.

Департаментом здравоохранения активно создается система обеспечения лечебных учреждений округа высококвалифицированными медицинскими кадрами. Ежегодно проводится целевой набор в медицинские учебные заведения. В соответствии с заявками лечебных учреждений автономного округа Департамент здравоохранения планово осуществляет последипломную подготовку врачей и среднего медицинского персонала на базах окружных и федеральных медицинских учебных центров.

В 2001 году успешно закончилась процедура лицензирования Ханты-Мансийского государственного медицинского института. В 2002 году на его базе открыт филиал Южноуральского центра Российской академии медицинских наук. На базе



окружного кардиологического диспансера – Центра диагностики сердечно-сосудистой хирургии – создана проблемная научно-исследовательская лаборатория патологии кровообращения.

Ханты-Мансийский автономный округ выгодно отличается от других субъектов Российской Федерации эффективным функционированием системы обязательного медицинского страхования. Доля средств ОМС достигает четверти консолидированного бюджета окружного здравоохранения. Учитывая этот факт, Департамент здравоохранения особое значение придает развитию и укреплению преемственности в работе с окружным фондом обязательного медицинского страхования.

На долю здравоохранения приходится более 10% от консолидированного бюджета округа. Основным источником финансирования здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа является бюджет, на его долю приходится почти 80% всех расходов.

В 2002 году по сравнению с 2001 годом уровень фактических расходов вырос на 25,4% и составил более 12 млрд. руб. Значительно возросло и поступление в лечебные учреждения денежных средств по системе обязательного медицинского страхования. Доля ОМС составила 24,4%, в 2001 году – 17,2%.

В среднем по округу в 2002 году расходы на здравоохранение на одного жителя составили 8779 руб.

В рамках реализации социальной политики Правительства автономного округа, особенно принципа укрепления адресности, Департамент здравоохранения осуществляет работу по организации лекарственного обеспечения льготных групп населения, лечебно-профилактических учреждений.

Одним из важных разделов работы департамента является оздоровление и реабилитация детей, подростков и лиц с ограниченными возможностями. Разработана и утверждена окружная целевая программа «Оздоровление детей и подростков с хроническими заболеваниями, с ограниченными возможностями в автономном округе». Ежегодно организуется санаторно-курортное лечение детей диспансерных групп на базе федеральных санаториев за счет средств округа. В настоящее время на стадии согласования постановление Правительства автономного округа «О медицинской реабилитации участников вооруженных конфликтов».

Налажено межведомственное взаимодействие по вопросам реабилитации инвалидов с другими окружными службами социального характера.

Большое внимание уделяется снижению показателей материнской и младенческой смертности. Утверждена окружная целевая программа «Дети Югры» на 2003–2005 годы.

В соответствии с приказом МЗ РФ №154 от 05.05.2002 на территории округа создаются кабинеты медико-социальной помощи.

Лечебно-профилактическая сеть, по данным 2002 года, представлена 142 учреждениями с коечным фондом – 14 283 и плановой поликлинической мощностью (число посещений в смену) – 35 468.

Реструктуризация и оптимизация общего коечного фонда учреждений здравоохранения округа обусловила прогнозируемое ранее улучшение его деятельности. Это отразилось в следующих показателях – среднегодовая занятость койки составила в 2002 году 304 дня, в сравнении с 297 в 2001 году, а оборот койки увеличился до 22,9 с 22,5 соответственно. Обеспеченность населения больничными койками на 10 тыс. населения в 2002 году составила 98,9 (по России – 106,0). Дальнейшее внедрение стационарозамещающих форм медицинской помощи, организация дневных стационаров на базе больничных и поликлинических учреждений приведут к усилению мощности амбулаторно-поликлинического звена.

В округе продолжают активно развиваться специализированные виды медицинской помощи, уже сейчас применяются методы интервенционной (малоинвазивной) кардиохирургии, эндопротезирование суставов, коронарное шунтирование, баллонная вальвулопластика аортального клапана у новорожденных, зондирование полостей сердца детей с врожденными пороками, стентирование почечных артерий и т.д.

В кадровом потенциале здравоохранения Югры в целом ситуация стабильная, приоритетом кадровой работы является повышение квалификации персонала, но перспективное расширение общеврачебной практики приведет к увеличению численности семейных врачей. В сфере здравоохранения трудится 6126 врачей, обеспеченность врачами на 10 тыс. населения в 2002 году составила 42,4 (по России – 42,2) и 17 515 средних медицинских работников, обеспеченность на 10 тыс. населения составляет 121,3 (по РФ – 96,8).

В системе здравоохранения трудятся 13 докторов медицинских наук, 49 кандидатов медицинских наук, 3 кандидата биологических наук, 38 заслуженных врачей Российской Федерации, 86 отличников здравоохранения, 71 заслуженный работник здравоохранения автономного округа. В 2003 году награждено Почетной грамотой Министерства здравоохранения 49 сотрудников, 35 объявлена благодарность министра здравоохранения Российской Федерации, 11 награждены нагрудным знаком «Отличнику здравоохранения», награжденных благодарственными письмами Губернатора автономного округа и Почетной грамотой – 10 человек.

В соответствии с утвержденной постановлением окружной Думы от 30.05.1995 №13 Программой по капитальному строительству объектов здравоохранения и аналогичной Программой развития материально-технической базы здравоохранения округа в 1995–2005 годах, уточненной постановлением Думы автономного округа от 10.12.1997 года №225, проводится финансирование капитального строительства объектов здравоохранения за счет окружного бюджета, а также при долевом участии окружного, местных бюджетов, за счет средств предприятий и фондов. В период с 1995 по 2002 год было введено в эксплуатацию 36 объектов здравоохранения, в 2003 году продолжается строительство 23 объектов и планируется сдать 8 объектов здравоохранения.



МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ ОКРУГА

Ханты-Мансийский автономный округ – самый крупный по численности населения регион, относимый к северным местностям. В 22 муниципальных образованиях округа постоянно проживает 1433,1 тыс. человек, городское население составляет 1302,2 тыс. человек, сельское – 130,9 тыс. человек.

Численность малочисленных народов Севера, проживающих на территории ХМАО на 01.01.2003 года, составила 29,6 тыс. человек (городское – 12,9 тыс. человек, сельское – 16,7 тыс. человек), т.е. 2,1% от общей численности населения округа.

Динамика изменения численности населения округа положительная, ее характеризует среднегодовой темп прироста, который с 2000 года составил 1,4–1,7.

В округе проживает в основном молодое население: средний возраст постоянного населения – 32,3 года (мужское – 31,6, женское – 33,0). Доля лиц трудоспособного возраста составляет 70,3%. Средний возраст населения округа на 4–7 лет ниже, чем в среднем по стране.

Рост численности населения происходит как за счет естественного прироста, так и миграционных приростов. Надо отметить, что если естественный прирост остается стабильно положительным – 9,2 тыс. человек, то миграционный прирост в 2002 году уменьшился на 23,3% по сравнению с 2001 годом и составил 11,2 тыс. человек.

Естественный прирост на 1000 населения в 2002 году составил +6,4 (по Российской Федерации – –6,5). Увеличился показатель рождаемости на 1000 населения – с 12,2 в 2001 году до 13,4 в 2002 году (по Российской Федерации – 9,8). Уровень показателя общей смертности на 1000 населения в течение последних лет практически не меняется. В 2002 году он составил 7,0, в 2001 и 2000 годах – 7,1 (по Российской Федерации в 2002 году – 16,3). Структура причин общей смертности в 2002 году по классам заболеваний на 100 тыс. населения традиционна для автономного округа. Среди первых пяти наиболее частых причин на первом ранговом месте находятся болезни системы кровообращения – 284,4 (по РФ – 871,6), далее в порядке убывания – травмы и отравления – 179 (по РФ – 230,7), новообразования – 100,6 (по РФ – 204,5), симптомы и синдромы – 34,5 (по РФ – 73,4) и болезни органов дыхания – 26,8 (по РФ – 66,0).

В округе отмечается тенденция к снижению младенческой смертности. Так, в 2002 году этот показатель составил 8,6 на 1000 родившихся живыми (по РФ – 13,3).

Ожидаемая продолжительность предстоящей жизни у родившихся в 2002 году в округе составила 68,3 года, в том числе у мужчин – 62,9, у женщин – 74,1 (по РФ – соответственно 65,3, 59,0, 72,2 года).

Демографическая ситуация, в основе которой лежат глубокие социальные процессы, усугубляется стремительным распространением вредных привычек и социально опасных заболеваний, пагубно влияющих как на количественный, так и на качественный состав населения.

Реальная цель демографической политики округа – создание условий для сохранения имеющегося

демографического потенциала, обеспечение жителям Ханты-Мансийского автономного округа долгой, здоровой и полноценной жизни.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ

Уровень заболеваемости населения Югры по итогам 2002 года остался практически неизменным и составил 1478,1 на 1000 населения, но превышает средний по России (1381,6 на 1000 населения). Распределение по рангам классов заболеваний традиционно для региона. На первом месте находятся болезни органов дыхания (414,5 на 1000 населения), на втором – органов пищеварения (129,3 на 1000 населения), далее в порядке уменьшения – болезни костно-мышечной системы (123,5), некоторые инфекционные и паразитарные болезни (114,9), травмы и отравления (107,2). Такая структура заболеваемости несколько отличается от российской, где на втором месте – болезни системы кровообращения, на третьем – органов пищеварения, на четвертом – болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани и на пятом месте – болезни глаза и его придаточного аппарата.

При стабильном на протяжении ряда последних лет уровне показателя заболеваемости населения Югры отмечается рост уровней по некоторым, в том числе социально значимым, нозологическим формам.

Болезни сердца и сосудов были и остаются лидерами по распространенности и смертности, а следовательно, и определяемому уровню социальных и экономических потерь. По официальным оценкам, около 13% населения автономного округа страдает артериальной гипертензией. В структуре причин общей смертности 40,9% составляют ишемическая болезнь сердца и мозговой инсульт, являющиеся основными и наиболее грозными осложнениями гипертонической болезни.

Эпидемиологические исследования позволили выделить не только традиционные и общеизвестные, но и специфические факторы риска развития сердечно-сосудистых заболеваний в регионе. Так, для пришлого населения, занятого на предприятиях нефтегазодобывающих отраслей, имеют значение возраст, длительность проживания в сибирских условиях и работы вахтово-экспедиционным методом. Для коренного же населения регистрируемое увеличение патологии сосудов и сердца связано с интенсивным вовлечением в процесс урбанизации и отказом от традиционного образа жизни.

Острой проблемой остается поздняя диагностика сердечно-сосудистых заболеваний. По данным социологических исследований, более 59,4% больных не осведомлены о ранних признаках сердечно-сосудистых заболеваний и необходимости обращения к врачу. Более 90% обратившихся к кардиологам и поступивших в кардиохирургические отделения имеют запущенные формы болезней системы кровообращения. Организация в 1998 году на базе окружного кардиологического диспансера г. Сургута специализированной кардиохирургической службы создала возможность полноценного лечения пациентов с заболеваниями сердца и сосудов.



Оценивая состояние эпидемиологической ситуации по туберкулезу за 2002 год в автономном округе в целом, можно зафиксировать наметившуюся тенденцию к стабилизации основных эпидемиологических показателей. Снижился темп прироста заболеваемости и уменьшился показатель смертности. Увеличился удельный вес вновь выявленных больных, обнаруженных при проверочных обследованиях.

В 2002 году на учет взяты 1338 впервые выявленных пациентов. Из них постоянных жителей округа – 1126, жителей других территорий – 26, контингентов УИН – 186. Заболеваемость составила 94,8 на 100 тыс. населения (по РФ – 88,2), заболеваемость жителей округа, без учета контингентов УИН, равна 80,4 (по РФ – 66,6).

Большую роль в улучшении эпидемиологических показателей играет реализация окружной целевой программы «Неотложные меры по борьбе с туберкулезом в Ханты-Мансийском автономном округе». В 2002 году на выполнение этой программы было израсходовано 44 320,4 тыс. руб., в том числе: из федерального бюджета – 6572,7 тыс. руб., из окружного – 11 577,0 тыс. руб., средств ФОМС – 26 170,7 тыс. руб.

В 2002 году впервые отмечено уменьшение интенсивности эпидемического процесса заболеваемости ВИЧ-инфекцией: заболеваемость в сравнении с 2001 годом снизилась в 2,1 раза, показатель выявляемости – в 2 раза при общем увеличении численности обследованного контингента. Амплитуда месячных колебаний заболеваемости в округе в 2001 году составляла 203 случая, а в 2002 году – только 79.

Отмечается рост количества обследований в округе на ВИЧ-инфекцию: 1999 год – 294 132, 2000 год – 317 941, 2001 год – 322 764, 2002 год – 341 903. По итогам 2002 года установлено снижение выявляемости с 0,96% в 2001 году до 0,47% в 2002 году от общего числа обследованных.

В возрастной структуре ВИЧ-инфицированных по-прежнему преобладают лица молодого возраста: доля лиц моложе 30 лет – 88,9%. Однако численность лиц в возрасте 15–18 лет снизилась с 11,9% до 8%, а несовершеннолетних (до 18 лет) – с 4,5 до 2,7%. Изменилась половая структура ВИЧ-инфицированных. Численность женщин в 2002 году возросла до 29,4% по сравнению с 21,9% в 2001 году.

В округе успешно реализуется окружная целевая программа «Анти-СПИД». Общий объем финансирования программных мероприятий в 2002 году составил 32 168,7 тыс. руб. (97,8% от утвержденного). Из них: 10,6% – это средства окружного бюджета, 13,5% – федеральные средства и 75,9% – средства Фонда обязательного медицинского страхования.

Основной причиной распространения ВИЧ-инфекции в округе остается наркомания. 90% всех инфицированных заразились при инъекционном употреблении наркотических препаратов. Сравнительная оценка болезненности наркоманиями и ВИЧ-инфекцией (кумулятивная заболеваемость) показывает, что показатели наркоманий превышают показатели ВИЧ-инфекции, но их разница постепенно сокращается: в 2000 году – 405,2, в 2002 году – 221,2 на 100 тыс. населения.

Эпидемическая ситуация по заболеваниям, передаваемым половым путем, в округе за последние годы несколько стабилизировалась. Тем не менее регистрируемый уровень заболеваемости не позволяет определить ее как благополучную. Показатели заболеваемости данной патологией в 2002 году снизились на 12,4%, но остаются высокими. Показатель заболеваемости на 100 тыс. населения – 964,3 (в 2001 году – 1100,4). Наибольший удельный вес в структуре ЗППП по-прежнему составляет трихомоноз – 39,7%, хламидиоз – 25,8%, сифилис – 15,6%, гонорея – 13,6%.

Заболеваемость сифилисом по округу в целом в 2002 году снизилась на 33,7%, показатель составил 151,0 на 100 тыс. населения, заболеваемость гонореей по округу – 131,8 на 100 тыс. населения.

С превышением среднего по России уровня регистрируется заболеваемость гонореей – 131,8, трихомонозом – 383,1, хламидиозом – 248,4 на 100 тыс. населения.

Особую тревогу вызывают венерические заболевания у несовершеннолетних. Если в 1992 году в регионе было зарегистрировано лишь 3 подростка, больных сифилисом, то в 2002 году их зарегистрировано 50. В 2001 году взят на учет 81 подросток с сифилисом.

Следующей в комплексе актуальных медико-социальных проблем является сахарный диабет. На начало 2003 года в округе зарегистрировано 12 777 больных этим заболеванием. Из них – 1751 инсулинозависимых. Показатель болезненности составил 10,4 на 1000 населения и увеличился в сравнении с 2001 годом, когда он равнялся 9,3 (по РФ в 2001 году – 14,7). В целом по округу распространенность сахарного диабета ниже, чем по России.

Одним из критериев качества лечебно-диагностической помощи больным сахарным диабетом является регистрируемая распространенность его осложнений. В автономном округе в 2002 году этот показатель ниже, чем в среднем по России.

В целях формирования эффективной окружной системы учета контингента данных пациентов, позволяющей обеспечивать сбор, накопление, анализ данных, а соответственно, и принятие эффективных управленческих решений, в 2002 году в Окружной клинической больнице г. Ханты-Мансийска полностью завершено формирование окружного регистра больных сахарным диабетом.

Реализация окружной целевой программы «Неотложные меры по совершенствованию психиатрической помощи (1999–2002 годы)» позволила за последние годы вывести психиатрическую и наркологическую службу округа из критического состояния. Возросла численность врачей, количество психиатрических и наркологических коек, улучшилось обеспечение больных лекарствами и питанием, повысилась оснащенность психиатрических и наркологических учреждений оборудованием и аппаратурой медицинского назначения.

Всего в округе в течение 2002 года наблюдалось 43 963 больных наркологическими расстройствами, болезненность составила 2822,0 на 100 тыс. населения. На учете на конец года состояло 23 549 больных с алкоголизмом и алкогольными психозами, что составляло 1650,2 на каждые 100 тыс. населения (по РФ в 2001 го-



ду – 1529,5). Число жителей округа, имеющих алкогольные проблемы, составляет 1,6% (РФ – 1,5%) от всей численности жителей Югры.

Первичная заболеваемость (в расчете на 100 тыс. населения) составила соответственно: алкоголизмом – 150,2, алкогольными психозами – 52,7. Снижение заболеваемости алкоголизмом и алкогольными психозами идет вразрез с общероссийскими показателями, и это внушает определенный оптимизм, т.к. в Российской Федерации в 2002 году был зафиксирован самый большой за последние 18 лет уровень заболеваемости алкогольными психозами. Именно этот показатель является индикатором распространенности алкоголизма и тяжести течения этой болезни.

Первичная заболеваемость наркоманиями (в расчете на 100 тыс. населения) составила 43,3 и является самой низкой в округе за последние 10 лет.

Распространенность наркоманий (в расчете на 100 тыс. населения) также впервые незначительно снизилась в сравнении с предыдущим годом и составила 726,3.

Важнейшей социальной и медицинской проблемой в округе становится рост онкологической заболеваемости. На протяжении последних лет в округе регистрируется неуклонный ежегодный рост численности больных с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования. Так, в 1997 году было зафиксировано 1822 пациента, которые в первый раз заболели раком, в 1998 году – 1841, в 1999 году – 1852, в 2000 году – 2051 и в 2001 году – 2171. По результатам прошедшего года этот показатель по округу составил 2383 человека. Из общего числа заболевших пациентов в возрасте от 0 до 15 лет – 29 человек (1,2%) и 864 больных (36,3%) в возрасте до 50 лет. Показатель заболеваемости онкопатологией в 2002 году составил 167,8 на 100 тыс. населения.

Смертность от онкологической патологии в 2002 году на 100 тыс. населения составила 81,7 (РФ – 204,4). В общей численности умерших от новообразований большинство – лица трудоспособного возраста.

В округе для реабилитации пожилых лиц имеются 2 больницы восстановительного лечения (г. Урай, г. Ханты-Мансийск). В Ханты-Мансийском районе в течение нескольких лет работает хоспис на 25 коек.

В 2002 году городской больнице №2 г. Мегиона выделено 20 гериатрических коек. В среднем доля лиц старших возрастов в структуре стационарных больных ЛПУ округа достигает 7–10%, в терапевтических отделениях – до 25%. За 2002 год в стационарах округа получило лечение 20 300 человек старше 60 лет (6,3% от всех стационарных больных). В 2002 году под диспансерным наблюдением состояло 1035 участников и 400 инвалидов ВОВ. Ежегодно для своевременного выявления осложнений хронических заболеваний организуются комплексные медицинские осмотры с привлечением врачей-специалистов. В 2002 году диспансерным наблюдением охвачено 98,2% участников ВОВ и 97,3% инвалидов ВОВ. Большая часть из них пролечена в стационарных условиях.

Медикаментозное обеспечение участников и ветеранов ВОВ и других льготных категорий осуществляется на основании постановления Губернатора ХМАО

от 04.02.2003 «Об утверждении перечня медикаментов для бесплатного льготного отпуска населению ХМАО». Затраты на льготное медикаментозное обеспечение для участников и инвалидов ВОВ составили 5983 тыс. руб. Расходы на медикаменты в амбулаторной сети в год на одного человека составили 1682 руб. Стоимость одного бесплатного рецепта в среднем составляет 149,83 руб. Льготное зубопротезирование получили 96,2% от всех нуждавшихся. Финансовые затраты на льготное зубопротезирование составили 2769,6 тыс. руб.

Структура общей заболеваемости среди коренных малочисленных народов Севера (КМНС) отличается от окружных показателей: на 1-м месте – болезни органов дыхания, на 2-м месте – инфекционные болезни, на 3-м месте – болезни органов пищеварения, далее следуют болезни мочеполовых органов, болезни глаза и придаточных пазух.

Среди коренных малочисленных народов Севера отмечается рост бытового пьянства и алкоголизация и связанная с этим высокая смертность от несчастных случаев, самоубийств и отравлений. Заболеваемость хроническим алкоголизмом среди КМНС в 2002 году составила 192,7 на 100 тыс. населения (по округу – 170,9). Низкая заболеваемость наркоманией среди малочисленных народов объясняется отдаленностью проживания от источников сбыта наркотических средств.

Показатель младенческой смертности среди абorigенов в 2–4 раза превышает окружные показатели.

Среди основных причин наиболее значимыми являются сложные социально-экономические и бытовые условия проживания, недостаточный учет этнического своеобразия, традиций и обычаев.

Заболеваемость туберкулезом среди коренного населения держится на высоком уровне (в 2002 году – 191,4 на 100 тыс. населения, по округу – 80,4) и превышает окружной показатель в 2,2 раза. Всего в 2002 году было взято на учет 48 человек.

Одной из важных задач медицинского обслуживания населения отдаленных поселков, мест традиционного проживания коренного населения является организация периодических медицинских осмотров, которые проводятся передвижными формированиями всех окружных и районных учреждений. Охват КМНС профилактическими осмотрами от числа подлежащих составил в 2002 году 88,4%. Диспансерным наблюдением охвачено 10 054 человека, что составляет 35,9% в 2002 году.

Огромная территория и низкая плотность населения создают большие трудности для проведения профилактической работы. Особенно сложной остается организация периодических медицинских осмотров оленеводческих бригад, стойбищ, отдаленных поселков. С целью приближения медицинской помощи населению сельских районов, мест компактного проживания КМНС используется многолетний опыт работы Окружной консультативно-диагностической передвижной поликлиники на базе теплохода «Пирогов».

Осуществлению мероприятий, направленных на снижение уровня заболеваемости КМНС, препятствует ряд объективных и субъективных факторов, к числу которых можно отнести недостаток медицинского персо-



нала, своеобразные условия труда и быта, удаленность мест проживания, низкая их комфортность и сложная транспортная схема или ее отсутствие.

Смертность детей на первом году жизни является важнейшим интегрированным демографическим показателем, отражающим социально-экономическое благополучие общества, качество и доступность медицинской помощи, эффективность здравоохранения и социальной политики.

Показатель младенческой смертности за последние годы продолжает неуклонно снижаться. За 2002 год зарегистрированы самые низкие за последние 10 лет показатели младенческой и перинатальной смертности – 8,6 и 7,9‰.

Ведущими причинами младенческой смертности остаются состояния, возникающие в перинатальном периоде (от 28 недель беременности, включая роды и в первые 7 дней жизни ребенка), и врожденные anomalies развития (заболевания, тесно связанные со здоровьем матери), на долю которых приходится более 50% от всех причин младенческой смертности.

Ухудшающиеся показатели здоровья женщин репродуктивного возраста, беременных, рожениц и родильниц определяют рост заболеваемости новорожденных, за последние 5 лет она увеличилась на 20% практически за счет всех классов болезней.

Наиболее частыми причинами заболеваемости новорожденных являются внутриутробная гипоксия и асфиксия, родовые травмы. Показатель заболеваемости новорожденных с внутриутробной гипоксией и асфиксией в родах составляет 164 случая на 1000 родившихся живыми, с дыхательными нарушениями, характерными для перинатального периода, – 48, с родовыми травмами – 32,2.

Основными заболеваниями (состояниями) матери, послужившими причинами перинатальной смертности, являются гестоз, тяжелая акушерская и экстрагенитальная патология.

В округе реализуется окружная целевая программа «Дети Югры», финансируемая с 1995 года, которая включает в себя подпрограммы «Дети-инвалиды», «Безопасное материнство», «Планирование семьи», в 2002 году разработана и утверждена подпрограмма «Здоровый ребенок». В рамках реализации программы обеспечиваются: неонатальный скрининг, пренатальная диагностика патологии беременных, аудиологическое обследование новорожденных и детей первого года жизни в родильных домах и поликлиниках, в детских реабилитационных центрах внедряются новейшие технологии реабилитации.

Для решения проблем профилактики детской инвалидности в округе создана медико-генетическая служба. Медико-генетическая консультация (МГК) функционирует с 1996 года на базе лаборатории клинической генетики Окружного клинико-диагностического центра, обслуживает ЛПУ округа с населением 1 500 000 человек. Целью деятельности является проведение мероприятий по выявлению, профилактике и лечению наследственных заболеваний, снижению обусловленных ими детской заболеваемости, инвалидности и смертности. Охват неона-

тальным скринингом составляет 98% новорожденных округа. Частота врожденного гипотиреоза в 2,1 раза выше российских и европейских данных; по фенилкетонурии и муковисцидозу показатели по округу ниже российских. Продолжается внедрение новых технологий и методик медико-генетического консультирования, сформирован территориальный регистр наследственных заболеваний. В 2003 году созданы и функционируют окружной перинатальный центр в г. Ханты-Мансийске и городской в Сургуте, вводится в эксплуатацию Окружная детская больница в г. Нижневартовске и городской перинатальный центр.

В г. Нижневартовске и г. Нефтеюганске подростковая сеть представлена самостоятельными учреждениями, в 7 городских больницах созданы кабинеты медико-социальной помощи подросткам.

Департаментом здравоохранения разработана программа круглогодичного оздоровления детей и подростков, состоящих на учете с хроническими заболеваниями, в основу которой положен принцип семейной реабилитации. При детских поликлиниках действуют санаторно-курортные комиссии, которые осуществляют отбор детей на санаторно-курортное лечение. Определены базовые санатории по профилю заболевания: санатории Анапы, Сочи, Кавказских Минеральных Вод, санаторий окружного значения «Юган».

По итогам диспансеризации выявлено 83,5% детей с отклонениями в состоянии здоровья, в эту группу вошли дети из группы повышенного риска и с функциональными отклонениями. Из 10 осмотренных детей – 8 страдают той или иной патологией.

По данным Всероссийской диспансеризации детского населения округа, здоровые дети составляют 16,3% от всего детского населения округа. 16,5% детей имеют хроническую патологию. В лечебно-оздоровительных мероприятиях в условиях амбулаторно-поликлинических учреждений нуждается 2,4% детей, в условиях стационара – 24%. Санаторно-курортное лечение необходимо каждому шестому обследуемому ребенку.

Ежегодно на протяжении последних 3 лет (2000–2002 годы) Ханты-Мансийский автономный округ удостоен престижной Российской премии имени основоположника отечественной неонатологии Н.И. Гаврюшова, учрежденной ассоциацией «Здравоохранение Сибири», за наилучшие достижения в Сибирском регионе в области охраны материнства и детства.

ИСПОЛНЕНИЕ ПРОГРАММЫ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ ОКАЗАНИЯ ГРАЖДАНАМ, ПРОЖИВАЮЩИМ НА ТЕРРИТОРИИ ХАНТЫ-МАНСИЙСКОГО АВТНОМНОГО ОКРУГА, БЕСПЛАТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

По отношению к утвержденным лимитам Программа государственных гарантий оказания гражданам, проживающим на территории Ханты-Мансийского автономного округа, бесплатной медицинской помощи на 2002 год выполнена на 110%. Фактические расходы на здраво-



охранение составили 12 млрд. 497 млн. руб., в том числе средства бюджета – 9 млрд. 711 млн. руб. Финансирование в истекшем году осуществлялось равномерно в соответствии с утвержденными лимитами. Структура расходов в разрезе источников финансирования не отличается от плановой, то есть доли бюджета и средств ОМС составляют 78 и 22% соответственно. Значительно возросло и поступление в лечебные учреждения денежных средств по системе обязательного медицинского страхования.

В общей структуре расходов на здравоохранение заработная плата составляет 35%, медикаменты – 12%. Уровень средней заработной платы в учреждениях здравоохранения на 1 января 2003 года по сравнению со средней заработной платой по всем отраслям экономики Ханты-Мансийского автономного округа ниже на 47% и составляет 9138 руб. Врачебный персонал получает в среднем заработную плату в размере 16 097 руб., средний – 9065 руб. Задолженность по выплате заработной платы отсутствует.

В 2002 году на территории округа действовало двенадцать целевых программ, семь из них федеральные: «Анти-СПИД», «Неотложные меры борьбы с туберкулезом», «Сахарный диабет», «Вакцинопрофилактика», «Безопасное материнство», «Профилактика и лечение артериальной гипертонии», «Дети-инвалиды».

В рамках реализации этих программ приобретались медицинское оборудование, лекарственные средства, изделия медицинского назначения.

В структуре общих расходов на реализацию программ средства федерального бюджета занимают 1,5% (30 млн. 952 тыс. руб.), средства субъекта – 7,8% (164 млн. 847 тыс. руб.), доля средств ОМС равна 90,7% (1 млрд. 919 млн. 413 тыс. руб.).

В рамках реализации программ в течение 2002 года для нужд автономного округа осуществлены поставки лекарственных средств на сумму 60 млн. 152 тыс. руб., что составило 94% к плану (исполнение плана по федеральному, окружному бюджету и внебюджетным источникам составляет 81%, 105%, 99% соответственно). Доля федерального бюджета составляет 26% с суммой финансирования 15 млн. 653 тыс. руб., окружного бюджета – 7% (4 млн. 499 тыс. руб.), внебюджетные источники – 67% (40,0 млн. руб.).

Поставок медицинского оборудования в рамках реализации программ осуществлено на общую сумму 47 млн. 334 тыс. руб., или 166% к плану, при этом обязательства федерального бюджета исполнены на 69%, внебюджетных источников – на 166%, средства окружного бюджета не планировались, но фактически выделены в размере 567,0 тыс. руб. Доли федерального и окружного бюджета составили по 1% с суммой федерального бюджета – 350,0 тыс. руб. Из средств внебюджетных источников выделено 46 млн. 420 тыс. руб., доля которых в общей сумме затрат составила 98%.

В 2003 году утверждена программа Ханты-Мансийского автономного округа на 2003–2006 годы «Предупреждение и борьба с заболеваниями социального характера», которая объединила в себе 12 целевых подпрограмм здравоохранения, среди них: «Сахарный диабет», «Здоровое сердце», «Неотложные меры борьбы с туберкулезом в Ханты-Мансийском автономном округе», «О мерах по разви-

тию онкологической помощи населению Ханты-Мансийского автономного округа», «О мерах по предупреждению дальнейшего распространения заболеваний, передаваемых половым путем», «Неотложные меры по предупреждению распространения в Ханты-Мансийском автономном округе заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (Анти-ВИЧ/СПИД)», «Неотложные меры по совершенствованию психиатрической и наркологической помощи населению Ханты-Мансийского автономного округа», «Совершенствование службы медицины катастроф Ханты-Мансийского автономного округа», «Вакцинопрофилактика», «Развитие донорства крови и ее компонентов, производства препаратов крови в Ханты-Мансийском автономном округе», «Здоровье коренных малочисленных народов Севера» и «Профилактика заболеваний социального характера в Ханты-Мансийском автономном округе».

Также в 2003 году Департаментом здравоохранения разработан проект целевой программы «Телемедицинская система Ханты-Мансийского автономного округа». Программа получила положительную оценку в Государственной Думе Российской Федерации и Министерстве здравоохранения Российской Федерации.

ОЦЕНКА И ПРОГНОЗ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ И ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ АВТОНОМНОГО ОКРУГА

Итогом реализации основных направлений развития здравоохранения Югры, утвержденных распоряжением Правительства Ханты-Мансийского автономного округа от 26 июня 2001 года №316-рп, должно стать улучшение состояния здоровья населения на основе обеспечения доступности и повышения качества медицинской помощи. С этой целью в округе формируются новые и совершенствуются имеющиеся правовые, экономические и организационные формы и условия предоставления медицинских услуг, виды, качество и объемы которых приводятся в соответствие реальному уровню заболеваемости и потребностям населения, современному состоянию развития медицинской науки, а также ресурсам, которыми располагает регион и его жители.

Деятельность в сфере здравоохранения округа в прошедшем году также осуществлялась в соответствии с вышеуказанными положениями.

Основные позитивные результаты проделанной работы с использованием административного ресурса в 2002 году:

- постановлением Правительства автономного округа от 15 апреля 2002 года №199-п ратифицирована Программа государственных гарантий оказания гражданам, проживающим на территории Ханты-Мансийского автономного округа, бесплатной медицинской помощи на 2002 год. Указанным документом законодательно подтверждены и обеспечены основные принципы организации и оказания медицинской помощи насе-



лению региона, а именно: ответственность органов государственной власти перед жителями, а также доступность медицинской помощи и ее бесплатность, в том числе при проведении самых дорогостоящих видов;

– постановлением Губернатора от 15.03.2002 №41 «О внесении изменений в постановление Губернатора автономного округа от 12.07.2001 года №131» утверждена новая редакция перечня лекарственных средств и изделий медицинского назначения, применяемых при оказании медицинской помощи гражданам, имеющим льготы по лекарственному обеспечению. Данным нормативным документом оптимизирована и увеличена численность лекарств, которыми бесплатно обеспечиваются установленные категории граждан. Сделана попытка фармакоэкономического подхода к формированию нового перечня лекарственных средств;

– 11 сентября 2002 года подписано Соглашение между Правительством автономного округа и Минздравом России о передаче полномочий по лицензированию медицинской деятельности на территории Югры. В целях реализации указанного Соглашения постановлением Правительства автономного округа от 16 декабря 2002 года «О лицензировании медицинской деятельности в Ханты-Мансийском автономном округе» при Департаменте здравоохранения создана Комиссия по лицензированию. Передача указанных функций окружному органу управления здравоохранением, без сомнения, позволит повысить роль лицензирования как одного из важнейших компонентов системы обеспечения качества медицинской помощи;

– продолжающаяся реструктуризация и оптимизация общего коечного фонда учреждений здравоохранения округа обусловила прогнозируемое улучшение его деятельности. Это отразилось в следующих показателях: среднегодовая занятость койки составила 304 дня в сравнении с 297 в 2001 году, а оборот койки увеличился до 22,9 с 22,5, по данным 2001 года;

– в 2002 году Департаментом здравоохранения (ДЗ) совместно с окружным фондом ОМС разработано 3600 медико-технологических стандартов (протоколов ведения больных), в настоящее время проходящих экспертизу, главными внештатными специалистами ДЗ и учеными;

– дальнейшее повышение эффективности взаимодействия окружного органа управления здравоохранением и фонда обязательного медицинского страхования в коллективной работе по улучшению качества медицинской помощи в системе ОМС реализовалось в издании ряда общих нормативных документов. Одним из наиболее значимых среди них является совместный приказ №193/44 от 31.05.2002 «О дальнейшем совершенствовании организации оказания медицинской помощи, предоставляемой населению лечебно-профилактическими учреждениями на территории Ханты-Мансийского авто-

номного округа по окружной программе обязательного медицинского страхования».

Важнейшим этапом в формировании нормативно-правового поля должно быть выстраивание взаимоотношений с муниципалитетами на качественно новом уровне путем подписания трехсторонних соглашений между Департаментом здравоохранения, окружным фондом обязательного медицинского страхования и муниципальными органами исполнительной власти по вопросам оказания медицинской помощи населению.

Соглашения должны определять ответственность сторон практически по всем аспектам оказания медицинской помощи населению автономного округа. Прежде всего это касается распределения финансовых обязательств, которые принимают на себя окружные и муниципальные органы исполнительной власти, что позволит более эффективно использовать ресурсы на реализацию целого ряда мероприятий по стабилизации и укреплению здоровья населения Югры.

Таким образом, перед здравоохранением Югры стоят следующие задачи:

- Программу госгарантий необходимо формировать на основании муниципальных заказов, предусмотрев реструктуризацию объемов медицинской помощи в сторону амбулаторно-поликлинического звена. Основная задача – перейти в перспективе к новой модели финансирования отрасли на основе подушевого норматива;
- приступить к реализации окружной программы «Предупреждение и борьба с заболеваниями социального характера»;
- разработать программу управления качеством в здравоохранении на всех уровнях;
- сформировать программу реструктуризации объемов медицинской помощи;
- разработать программу по охране здоровья работающего населения;
- разработать индивидуальные программы лечения и реабилитации для каждого ребенка, прошедшего диспансеризацию;
- активизировать работу в части экономического анализа деятельности сети лечебных учреждений с целью выявления резервов – как финансовых, так и материальных и трудовых;
- развивать систему ресурсосберегающих технологий: дневные стационары при поликлиниках, стационары дневного пребывания в больничных учреждениях, а также стационары на дому;
- обеспечить технологическое обновление лечебно-диагностического процесса с целью перераспределения средств на приоритетное финансирование амбулаторно-поликлинического звена;
- обеспечить сбалансированность объемов государственных гарантий предоставления населению бесплатной медицинской помощи с финансовыми возможностями территорий;
- активизировать работу муниципальных образований в части межбюджетных отношений по оплате за оказанную медицинскую помощь ле-



чебно-профилактическими учреждениями других территорий;

– усилить работу по организации и дальнейшему расширению видов оказания платных медицинских услуг как одного из стратегических направ-

лений финансово-хозяйственной деятельности лечебно-профилактических учреждений.

С одной стороны, задачи многоплановые, с другой стороны, все они, несомненно, между собой взаимосвязаны. И решать их нужно комплексно.

РЕАЛИЗАЦИЯ ФЕДЕРАЛЬНЫХ И РЕГИОНАЛЬНЫХ ЦЕЛЕВЫХ ПРОГРАММ В СИБИРСКОМ ФЕДЕРАЛЬНОМ ОКРУГЕ

ПРЕДСТАВИТЕЛЬ
МИНЗДРАВА РОССИИ
В СИБИРСКОМ
ФЕДЕРАЛЬНОМ ОКРУГЕ,
ВИЦЕ-ПРЕЗИДЕНТ РАМН,
ПРЕДСЕДАТЕЛЬ СО РАМН,
АКАДЕМИК РАМН

Валерий Алексеевич
Труфакин



Программно-целевой метод решения проблем здравоохранения в современных условиях является одним из важнейших направлений деятельности органов и учреждений здравоохранения Сибирского федерального округа (СФО). Он позволяет сохранить системную целостность отрасли, единство способов и подходов, добиться конкретно поставленной цели при ограниченных финансовых ресурсах, дает возможность привлечь к составлению и реализации программ все заинтересованные стороны – органы и учреждения здравоохранения, учебные и научные коллективы, общественность, смежные службы, ведомства и др.

В апреле 2003 года Координационный совет по здравоохранению в Сибирском федеральном округе совместно с учеными Сибирского отделения Российской академии медицинских наук рассмотрел на своем заседании ход реализации наиболее важных для округа целевых программ: «Профилактика и лечение артериальной гипертензии», «Вакцинопрофилактика», «Неотложные меры борьбы с туберкулезом», «О мерах по развитию онкологической помощи населению», «Здоровье старшего поколения» и др. Активное участие в подготовке материалов к заседанию приняли главные внештатные специалисты Минздрава России, работающие в Сибирском федеральном округе.

РЕГИОНАЛЬНАЯ ПРОГРАММА «ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ»

В Сибирском федеральном округе, как и в Российской Федерации, сложилась напряженная ситуация по артериальной гипертензии, являющейся одним из самых распространенных и важнейших факторов риска развития болезней системы кровообращения (БСК) и смертности населения от них. Так, смертность от БСК в России на 100 тыс. населения увеличилась с 617,4 (1990 год) до 869,4 (2001 год), в СФО этот показатель значительно выше и имеет тенденцию к росту: 1429 (2001 год), 1546,0 (2002 год). Удельный вес гипертонической болезни (АГ) среди БСК составлял 41,7% – 596 случаев (2001 год), 44,2% – 683 случая (2002 год) (табл.1).

В настоящее время средний возраст смерти мужчины трудоспособного возраста от БСК – 49,9 года. В структуре причин общей смертности населения России доля смертности от БСК составляет 55%, в СФО она несколько меньше, но отмечается рост смертности от болезней системы кровообращения (606,7 – 1998 год; 720,8 на 100 тыс. населения – 2001 год).

Показатели смертности от болезней системы кровообращения в ряде административных территорий СФО превышают среднероссийский уровень. Наиболее высокие показатели отмечены в Кемеровской области, Красноярском крае, Читинской области, Республике Тыва, Иркутской области.

НИИ терапии СО РАМН по проекту ВОЗ MONICA (мониторирование тенденций заболеваемости и смертности от сердечно-сосудистых заболеваний и определяющих факторов) изучил распространенность артериальной гипертензии у мужчин и женщин 35–64 лет. Артериальная гипертензия является основным фактором риска сердечно-сосудистых заболеваний у жителей Новосибирска: риск развития фатального инфаркта миокарда у пациентов с АГ увеличивается в 3–5 раз, а сердечно-сосудистой смертности – в 5–7 раз. Выявлена высокая распространенность артериальной гипертензии как у муж-

УРОВНИ СМЕРТНОСТИ ОТ БОЛЕЗНЕЙ ОРГАНОВ КРОВООБРАЩЕНИЯ
(НА 1000 НАСЕЛЕНИЯ)

Территории	Причина смерти							
	Всего		Гипертоническая болезнь		Ишемическая болезнь сердца		В том числе инфаркт миокарда	
	2001	2002	2001	2002	2001	2002	2001	2002
Алтайский край	315,0	335,9	167,3	179,5	88,3	90,3	1,2	1,3
Красноярский край, в т.ч. Тай- мырский и Эвенкийский АО	100,6	118,2	42,7	56,8	35,5	39,0	1,1	1,1
Иркутская область, в т.ч. Усть- Ордынский Бурятский АО	138,8	148,6	58,7	65,0	40,9	42,3	1,2	1,3
Кемеровская область	106,9	111,8	25,2	28,0	32,5	33,3	2,0	1,7
Новосибирская область	121,6	133,7	38,5	51,5	34,0	35,2	1,2	1,4
Омская область	152,3	164,0	64,4	73,5	58,6	61,7	1,5	2,2
Томская область	158,7	163,8	62,7	66,8	43,2	43,6	1,3	1,3
Читинская область, в т.ч. Агинский Бурятский АО	104,6	114,0	26,2	30,7	37,8	39,8	0,8	0,9
Республика Алтай	143,1	160,9	72,5	89,6	41,0	47,6	1,1	1,0
Республика Бурятия	95,0	101,0	45,5	50,9	28,3	28,6	0,9	0,9
Республика Тыва	83,1	80,3	57,3	61,3	15,4	16,6	0,4	0,3
Республика Хакасия	88,4	112,7	25,2	34,7	23,1	28,9	1,0	1,2
СФО	142,9	154,6	59,6	68,3	44,0	45,9	1,3	1,4
Агинский Бурятский АО	116,2	130,2	31,2	34,5	29,9	31,8	0,7	0,6
Таймырский АО	68,2	90,6	29,9	34,2	15,2	20,2	0,6	0,4
Усть-Ордынский Бурятский АО	96,4	96,5	39,7	41,7	29,2	28,0	0,6	0,9
Эвенкийский АО	128,8	134,0	47,4	53,5	31,3	25,9	1,0	0,4
Российская Федерация	183,1	192,9	50,6	55,8	49,7	51,4	1,4	1,5

чин (25,6%), так и женщин (24,6%) с преимущественно систолической АГ в младших возрастных группах; значительная распространенность пограничной артериальной гипертензии у мужчин при средних показателях последней (13,3%) и значительных цифрах избыточной массы тела во всех возрастных категориях (37,3%).

В Томске сотрудниками НИИ кардиологии ТНЦ СО РАМН с 1984 года ведется Регистр острых коронарных катастроф. Регистр констатирует нарастание как заболеваемости, так и смертности населения от острых коронарных катастроф.

Исследованиями НЦ медицинской экологии ВСНЦ СО РАМН показано, что эссенциальная артериальная гипертензия (ЭАГ) у подростков Восточной Сибири диагностируется в 14,4% случаев; распространенность ее увеличивается в процессе онтогенеза. Основными патогенетическими факторами развития ЭАГ в Восточной Сибири является превышение биологического возраста над паспортным, увеличение психоэмоциональной нагрузки, морфофункциональные нарушения в сердечно-сосудистой и вегетативной нервной системах, увеличе-

ние уровня кортизола и активности ренина плазмы крови. Наиболее эффективным и патогенетически обоснованным принципом адекватной профилактики и лечения ЭАГ у детей является направленное увеличение активности естественных стресс-лимитирующих систем.

Федеральная целевая программа является, по сути, своеобразным механизмом «прорыва» по преодолению негативных медико-демографических показателей, связанных с БСК в стране и СФО, в частности. Об этом свидетельствуют и целевые показатели программы, которые определены постановлением Правительства Российской Федерации. Поставлена цель за период 2002–2008 годов снизить смертность от мозговых инсультов на 14–16%, от ишемической болезни сердца – на 10–12%.

В 11 территориях СФО программы приняты (Кемеровская, Иркутская, Омская, Томская области, республики Хакасия, Тыва, Алтай, Бурятия, Алтайский и Красноярский края, Агинский Бурятский автономный округ), в 5 – нет (Новосибирская и Читинская области, Таймырский, Эвенкийский и Усть-Ордынский Бурятский автономные округа). В Томской и Кемеровской



областях, Республике Алтай программа утверждена администрациями территорий. Целевое финансирование программы подтвердили только 6 территорий (Алтайский край, Иркутская область, республики Бурятия, Алтай, Тыва, Агинский Бурятский автономный округ).

Вместе с тем и в тех территориях, где программа еще не принята, кардиологическая служба, главные специалисты здравоохранения делают многое для реализации отдельных мероприятий программы за счет внутренних ресурсов кардиологической, терапевтической и педиатрической служб (Новосибирская область). Борьба с АГ – это путь, который может дать реальные результаты по снижению смертности и инвалидности в короткий период.

Большое значение для продвижения программы в СФО имело рабочее совещание – семинар «О реализации Федеральной целевой программы «Профилактика и лечение артериальной гипертонии в РФ» в Сибирском федеральном округе». В работе его приняли участие ведущие ученые-кардиологи страны и Сибири (в том числе главный кардиолог Минздрава России, академик РАМН Ю.Н. Беленков), главные специалисты административных территорий СФО, врачи-кардиологи и терапевты.

Для выполнения программ регионы пытаются активно привлекать средства промышленных предприятий, фармакологических фирм, страховых компаний. Наибольший опыт в этом отношении имеет Кемеровская область. К сожалению, крайне недостаточно внедряется система активного выявления лиц с повышенным артериальным давлением. Полноценный скрининг ведется лишь в Алтайском и Красноярском краях, Республике Алтай, в отдельных поликлиниках республик Бурятия и Тыва. В остальных административных территориях работа эта только разворачивается.

Работа по организации регистра артериальной гипертонии начата в Алтайском крае, Республике Алтай, Новосибирской области. Школы для больных артериальной гипертонией работают, как правило, в административных центрах. Наибольшая активность по организации профилактики отмечена в Новосибирской области, где функционирует 35 подобных профилактических школ. В большинстве территорий начата работа по изданию организационно-методических руководств по активному выявлению и лечению артериальной гипертонии как для врачей, так и для населения. В Алтайском крае издан «Дневник для пациента с артериальной гипертонией». Недостаточно активно пока подключаются средства массовой информации, особенно телевидение. Постоянные программы на радио и телевидении есть только в Алтайском и Красноярском краях. Немедикаментозной профилактике и лечению больных артериальной гипертонией уделяется внимание в Алтайском крае, Республике Алтай, Красноярском крае, Новосибирской и Томской областях.

Обращает внимание, что выделенные средства направляются на приобретение оборудования, оргтехники, лекарств. Финансирования же важнейшего раздела – образовательных программ – практически нет.

Большие трудности в реализации программы в СФО возникают в связи с низкой плотностью проживания населения во многих регионах Сибири, особенно

в сельской местности, отсюда и труднодоступность для населения специализированной медицинской помощи, и именно в этих регионах регистрируется низкая заболеваемость и высокая смертность. Это обуславливает необходимость решения целого ряда социальных и организационных проблем для улучшения качества оказания медицинской помощи лицам с артериальной гипертонией в сельских районах округа. Для решения этих вопросов перспективно широкое внедрение научных разработок ученых НИИ кардиологии ТНЦ и НИИ терапии СО РАМН, новых организационных форм оказания специализированной медицинской помощи сельскому населению (мобильный кардиологический диспансер на базе теплохода, автобуса, поезда и т.д.). НИИ кардиологии ТНЦ в течение 2 лет реализует программу «От сердца – к сердцу» – по оказанию высокоспециализированной кардиологической помощи населению региона.

В условиях Сибири большой объем медицинской помощи оказывается силами фельдшерско-акушерских пунктов (ФАП). Накапливается опыт активного привлечения ФАП к реализации программы в Алтайском крае, Новосибирской, Томской областях, Красноярском крае.

Обращает на себя внимание неудовлетворительная диспансеризация больных БСК. Необходимы технологические стандарты качества проведения диспансерного учета больных артериальной гипертонией, подобные стандарты разрабатываются в Алтайском крае.

Среди основных задач здравоохранения в реализации региональной программы «Профилактика и лечение артериальной гипертонии» следует выделить следующие:

- Внедрение современных технологических стандартов диагностики (особенно ранних стадий заболевания), лечения и профилактики в деятельность лечебно-профилактических учреждений.
- Организация контроля за выполнением технологических стандартов, оценка их эффективности.
- Методическая помощь врачам, фельдшерам ФАП в реализации мероприятий программы.
- Повышение квалификации медицинских работников в области кардиологии.
- Обучение широких слоев населения и пациентов.

РЕГИОНАЛЬНАЯ ПРОГРАММА «ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКА»

Национальная российская программа «Вакцинопрофилактика» на 1993–1997 годы была утверждена постановлением Правительства Российской Федерации №623 от 05.06.1994 года и пролонгирована на период до 2006 года. Программа предусматривает закрепление успехов в эрадикации полиомиелита, ликвидации к 2005 году врожденной краснухи, снижение заболеваемости дифтерией, коклюшем и краснухой до уровня 1–3 на 100 тыс. населения, эпидемическим паротитом – до 5 на 100 тыс. населения, вирусным гепатитом – до 10 на 100 тыс. населения.

В Сибирском регионе за 2000–2002 годы не регистрировались случаи заболеваний полиомиелитом, вызванным диким вирусом, и он не выделялся из внешней



среды. Данный факт свидетельствует о том, что удалось прервать процесс естественной циркуляции возбудителя полиомиелита на всей территории Сибири. В то же время было зарегистрировано два случая вакциноассоциированного заболевания полиомиелитом (Кемеровская и Омская области).

На большинстве территорий регистрировались единичные заболевания дифтерией, а показатели заболеваемости находились в пределах от 0,0 до 0,4‰ (в среднем по 38 случаев ежегодно). Общий показатель по Сибири в 2,5 раза ниже среднероссийского.

Отмечалось неравномерное распределение по отдельным регионам заболеваемости корью: от единичных случаев (Омская область – 0,13‰ за 2000–2002 годы, Иркутская область – 0,19‰, Республика Хакасия – 0,3‰) до очень высоких показателей (Таймырский АО – 56,3‰, Красноярский край – 23,5‰). Средний многолетний показатель по СФО составил 5,2‰ (по РФ в 2001 году – 1,45‰).

Ряд территорий СФО уже достигли целевых показателей заболеваемости эпидемическим паротитом (Таймырский АО, Читинская область – 3,9‰, Республика Алтай – 4,0‰, Омская – 4,6‰, Кемеровская – 5,03‰, Иркутская область – 5,08‰). В то же время в Алтайском крае, Республике Хакасия показатели остаются высокими – 11,6–20,2‰. Средний показатель по СФО – 7,7‰ (РФ – 13,9‰).

Также контрастными выглядят среднескользящие показатели заболеваемости коклюшем. Ряд территорий (Таймырский АО, Республика Хакасия, Читинская область) достигли целевых показателей, а на других (Иркутская, Кемеровская, Новосибирская области, Алтайский край) показатели высоки – от 11,8 до 32,6‰. Среднескользящий показатель по СФО выше показателя по России (12,2 и 8,3‰ соответственно).

По-прежнему высокими остаются показатели заболеваемости туберкулезом. Эта инфекция значится в календаре обязательных прививок. В то же время известно, что вакцина БЦЖ не является средством эффективного управления эпидемическим процессом туберкулеза, относящегося к социопатиям.

Показатели заболеваемости острым вирусным гепатитом В (35,3‰) и краснухой (347,5‰) остаются высокими из-за низкого уровня охвата населения профилактическими прививками. Следует отметить высокие показатели заболеваемости некоторыми инфекциями, в отношении которых профилактические прививки проводятся по эпидемиологическим показаниям: клещевым энцефалитом (СФО – 12,8‰, РФ – 4,4‰), вирусным гепатитом А (77,1 и 78,5‰) и гриппом (2085,7 и 1374,0‰). При имеющейся теоретической возможности надежного контроля этих инфекций с помощью эффективных вакцин целый ряд обстоятельств не позволяет реализовать ее.

Среднегодовой экономический ущерб в 2000–2002 годах от 15 ведущих нозоформ, в отношении которых проводятся профилактические прививки, только по 10 территориям СФО составил 1 593 952 тыс. руб. При этом сумма ежегодного финансирования на приобретение вак-

цин составляла в этот же период 175 424 тыс. руб. Она включала финансирование из федерального бюджета (121 448,4 тыс. руб.), из бюджета территорий (34 987,6 тыс. руб.), из внебюджетных средств (4995,1 тыс. руб.) и прочих источников (13 993,3 тыс. руб.). За 3 года сумма финансирования на одного жителя СФО составила 28,83 руб., в том числе 19,96 руб. – из федерального бюджета, 5,76 руб. – из местных бюджетов территорий, 0,85 руб. – из внебюджетных источников, 2,26 руб. – из прочих источников. Стандарты финансирования не разработаны. Не выдерживает критики объем финансирования из местных бюджетов Иркутской области (3,13 руб.), Алтайского края (2,48 руб.), Кемеровской (2,44 руб.), Омской области (0,27 руб.) на одного жителя за 3 года. Эти данные в значительной степени отражают уровень понимания властными структурами территорий важности полноценной реализации программы «Вакцинопрофилактика».

Субъекты СФО в 2000–2002 годах обеспечивались в достаточном объеме вакцинными препаратами, предназначенными для большинства обязательных профилактических прививок национального календаря. Исключение составляли вакцины против вирусного гепатита В, потребность в которой территориальных органов здравоохранения удовлетворена в 2000–2002 годах на 53%, против краснухи – на 63,8%, против краснухи для девочек-подростков (13 лет) – на 68,6%. Недостаточна обеспеченность территорий СФО вакцинами и другими иммунобиологическими препаратами, предназначенными для проведения прививок по эпидемиологическим показаниям. Лишь на 35,2% от необходимого объема ЛПУ Сибири обеспечивались вакциной против гриппа, на 24,7% – вакциной против клещевого энцефалита концентрированной, на 48,3% – против туляремии, на 61,2% – антирабической вакцинами.

Территориальные органы здравоохранения СФО в течение последних 3 лет достигли и превысили контрольный уровень охвата детей обязательными профилактическими прививками в декретированные сроки. Исключение составляли прививки против краснухи и вирусного гепатита В из-за низкой обеспеченности вакцинами. В то же время охват населения прививками по эпидемиологическим показаниям (от необходимого объема) крайне недостаточен: против бешенства – 71,6%, вирусного гепатита А – 37,1%, туляремии – 74,1%. Причина низкого уровня охвата – недостаточное финансирование из местных бюджетов.

В течение последних трех лет развивалась материально-техническая база учреждений здравоохранения. В 2002 году в регионах округа функционировали 1261 прививочный кабинет для детей и 733 – для взрослых, ведутся 1082 прививочные картотеки для детей и 344 – для взрослых. С использованием компьютерных программ «Вакцинопрофилактика» работало 68 ЛПУ: 40 – в Кемеровской, 12 – в Иркутской области и 10 – в Алтайском крае.

В СФО имеется 46 лабораторий для определения иммунного статуса населения. В 2002 году этими лабораториями было выполнено 51 972 исследования для оценки эффективности вакцинопрофилактики. Высокий удельный вес серонегативных к дифтерии лиц выявлен в Новосибирской области (19,3%), Республике Хакасия (17,2%), Красноярском



крае и Иркутской области (по 11,0%), к кори – в Республике Хакасия (37,3%), Омской области (25,8%), Алтайском крае и Кемеровской области (по 21,0%).

На всех территориях округа активно проводилась организационно-методическая работа по проблемам вакцинопрофилактики. В регионах Сибири за 2000–2002 годы было проведено 985 совещаний, в том числе 80 – у глав администраций регионов, 157 заседаний санитарно-противоэпидемических комиссий, 162 заседания коллегий, 981 медицинская конференция, 834 обучающих семинара, издано 598 инструктивно-методических документов. Наиболее активно эта работа проводилась в Алтайском крае, Республике Алтай, Омской и Иркутской областях.

Начата работа по выдаче населению прививочных сертификатов единого образца. В соответствии с программой эта работа должна завершиться к 2005 году. На конец 2002 года лишь 25,8% привитых был выдан этот документ, в том числе 37,9% детей и 23,1% взрослых. Лишь одна территория (Читинская область) полностью завершила эту работу. В Кемеровской области сертификат имеют 80% привитых детей и 20% взрослых. Алтайский край и ряд других территорий вообще не приступили к этой работе.

В 2002 году на курсах повышения квалификации по вопросам вакцинопрофилактики прошли обучение 64 488 врачей, в том числе: 2424 педиатра, 852 терапевта, 2533 медсестры прививочных кабинетов, 1222 медсестры прививочных картотек, 7055 средних медработников.

Анализ материалов, поступивших с территорий, позволяет утверждать, что в организации системы «холодовая цепь» на всех ее уровнях имеются существенные упущения. Не все предприятия, выпускающие медицинские иммунобиологические препараты (МИБП), имеют рефрижераторный транспорт и поэтому доставляют препараты в пункт назначения с нарушением температурного режима или в термоконтейнерах, не имеющих термоиндикаторов. Отсутствует единая система обеспечения МИБП и ответственности за соблюдением режима «холодовой цепи». Прежняя система обеспечения МИБП через ЦГСЭН практически разрушена. Она сохранилась лишь в Кемеровской и Иркутской областях. На других территориях определены иные структурные подразделения, обеспечивающие поставку МИБП (центры по борьбе со СПИДом, ГООП «Фармация» и др.). Вряд ли можно признать такое разнообразие подходов к столь важному и ответственному разделу организации прививочного дела. Специфические проблемы обеспечения МИБП и проведения профилактических прививок населению имеются в северных территориях СФО, связанные с трудной доступностью и кочевым образом жизни населения. Практически на всех территориях имеются проблемы должной организации IV этапа «холодовой цепи», связанные с недостаточной оснащенностью ФАПов холодильниками (на 80–85%) и термоконтейнерами (на 40–50%). Эти проблемы также связаны с недостаточным финансированием программы «Вакцинопрофилактика». Тем не менее этот раздел работы находится под постоянным контролем ЦГСЭН. Организова-

на ежегодная аттестация специалистов, а также аттестация мест хранения МИБП с оформлением «Паспорта места хранения МИБП» (Читинская область). Проблемы с финансированием и новые экономические отношения породили проблемы в отношении так называемого «неснижаемого запаса» МИБП и фасовки вакцин. Суть проблемы состоит в том, что в условиях нерегулярной поставки МИБП на территории возникают трудности своевременного обновления «неснижаемого запаса» и, в итоге, необходимость списания неиспользованных МИБП. Кроме того, мультидозная расфасовка МИБП приводит к перерасходу препаратов, особенно в прививочных кабинетах, работающих с небольшой нагрузкой.

Задачи субъектов СФО по реализации федеральной и региональных целевых программ «Вакцинопрофилактика»:

- Разработать (пересмотреть) целевые территориальные программы, утвердить их на уровне законодательной власти, предусмотрев их целевое финансирование.

При разработке региональных целевых программ учесть:

- ориентацию программы на достижение определенного результата;
- межсекторальное взаимодействие.
- Осуществлять контроль за реализацией и проведением ежегодной корректировки программ в области охраны здоровья населения.
- Добиться соблюдения технологии «холодовой цепи» на всех уровнях ее реализации.

РЕГИОНАЛЬНАЯ ЦЕЛЕВАЯ ПРОГРАММА

«О МЕРАХ ПО РАЗВИТИЮ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ»

В соответствии с подпрограммой «О мерах по развитию онкологической помощи населению Российской Федерации» Федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с заболеваниями социального характера (2002–2006 годы)» аналогичные программы начинают создаваться и в субъектах Сибирского региона.

Злокачественные новообразования являются центром сложного комплекса социальных, психологических, нравственных и деонтологических проблем, который выводит эту патологию из сугубо медицинского контекста. Около 1/3 общего числа лет, недожитых населением России до 70-летнего возраста, связаны с онкологическими заболеваниями.

В структуре причин инвалидности утрата трудоспособности по злокачественному заболеванию занимает второе место после болезней системы кровообращения – 9,8 на 10 тыс. населения.

Высокая стоимость лечения, профилактических и реабилитационных мероприятий, длительная, часто необратимая утрата больными трудоспособности, значительные затраты на социальное обеспечение и страхование влекут большие экономические потери.



Рост числа заболевших с учетом специфики демографической ситуации в России свидетельствует об истинном росте онкологической заболеваемости, так как наблюдается на фоне убыли численности населения.

Показатель заболеваемости злокачественными новообразованиями по Сибирскому федеральному округу колеблется от 154,9 в Республике Тыва до 353,9 на 100 тыс. населения в Новосибирской области. Высок этот показатель в Омской и Томской областях. Ведущими локализациями в структуре заболеваемости являются органы дыхания, кожа, желудок, молочная железа.

Основной проблемой онкологической службы остается позднее выявление злокачественных новообразований в амбулаторно-поликлинических учреждениях. Так, выявляемость онкологической патологии составила в среднем по округу 9,9% (РФ – 11,5%). Особенно низок этот показатель в Республике Тыва (1,6%), Иркутской области (3,3%). Причем доля больных, выявленных в 1–2-й стадиях заболевания, составляет только 5,7%. Крайне низка морфологическая верификация диагноза. Высока запущенность при выявлении рака визуальных локализаций (кожа, молочные железы, шейка матки). Анализ летальности больных в течение первого года с момента постановки диагноза свидетельствует о некачественном учете больных и весьма высокой частоте клинических ошибок. Это обусловлено недостаточным использованием современных методов раннего выявления заболеваний, неэффективностью профилактических осмотров в территориях, диспансерного наблюдения за больными с хроническими и предопухолевыми заболеваниями, недостаточной онкологической настороженностью врачей основных клинических специальностей.

Необходимо сохранить территориальный принцип организации профилактической работы, усилить роль первичного звена здравоохранения, активизировать работу смотровых кабинетов и отделений профилактики поликлиник.

Эффективная первичная профилактика онкологических заболеваний возможна при наличии полного учета и государственной регистрации канцерогенно-опасных производств и веществ, путем создания соответствующих банков данных, выявления, накопления и обработки информации об их количестве, свойствах, способах производства, применении.

Дальнейшее совершенствование учета и оценки эффективности функционирования онкослужбы Сибирского федерального округа во многом зависит от оперативности и обработки информации. Приказами Минздрава России от 12.09.1997 №270, от 23.12.1996 №420 и от 19.04.1999 №135 предписано создание автоматизированных раковых регистров во всех территориях России. К настоящему времени разработан и утвержден ряд нормативных документов. К сожалению, в большинстве субъектов округа организация автоматизированных регистров тормозится как в связи с недостаточной активностью сотрудников онкологических учреждений, так и материально-техническими и финансовыми трудностями. Особо важное значение имеет отсутствие в настоящее время единой для России компьютерной программы учета онкологических боль-

ных. В ряде территорий (Кемеровская область, Алтайский край, Иркутская область и др.) разработаны и используются местные программы учета, что в дальнейшем не позволит проводить обработку данных на уровне округа.

В целом материально-техническая база онкологических диспансеров находится в неудовлетворительном состоянии, что не позволяет организовать лечебно-диагностический процесс на современном уровне. Отсутствуют возможности организовать специализированные онкологические отделения (урологическое, опухолей головы и шеи, детское).

25–30% онкологических больных проходят лечение в лечебных учреждениях неонкологического профиля, что нарушает этапность в оказании помощи, в том числе химиолучевого лечения. Низкий уровень технического оснащения отделений лучевой терапии не обеспечивает качественное и полноценное лучевое лечение. Используемая гамма-терапевтическая аппаратура в основном морально и физически устарела. Линейные ускорители в Сибирском федеральном округе имеют только Красноярск, Барнаул, Кемерово, в большинстве же радиологических корпусов онкологических диспансеров отсутствуют возможности для их размещения.

За последние годы значительно возросла роль химиотерапии как основного компонента лечения больных со злокачественными новообразованиями, в которой нуждается 80% больных. Потребность онкологических учреждений в современных химиотерапевтических препаратах, большинство которых закупается за рубежом, удовлетворяется только на 15–20%. Областные бюджеты не могут обеспечить их закуп в необходимом количестве. Федеральной программой по данному разделу предусмотрено обеспечение онкологических учреждений лекарственными препаратами. Производство отечественных химиопрепаратов, улучшение их качественного производства позволит увеличить количество приобретаемых препаратов.

В улучшении качества онкологической помощи населению значительную роль играет квалификация кадров. В настоящее время подготовка врачей-онкологов и повышение их квалификации осуществляется на достаточно высоком уровне. В 80% случаях главные врачи онкологических диспансеров являются заведующими кафедрами онкологии высших медицинских учебных заведений или институтов усовершенствования врачей. Онкодиспансеры Сибирского федерального округа являются базами кафедр онкологии ГМУ, институтов усовершенствования врачей (Иркутск, Новокузнецк). В Барнауле на базе Алтайского областного онкодиспансера открыт филиал РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН (Москва).

В 2000 году зарегистрирована Ассоциация онкологических учреждений Сибирского федерального округа, в рамках которой проводятся всероссийские, международные, межрегиональные конференции по обмену опытом.

Успех противораковой борьбы зависит от уровня развития медицинской науки, что определяет необходимость проведения фундаментальных и прикладных научных исследований по приоритетным направлениям.



В НИИ онкологии ТНЦ СО РАМН с 1979 года проводятся комплексные исследования по изучению распространенности, патогенеза, особенностей клинических проявлений онкологических заболеваний, а также разработке новых методов диагностики, лечения и профилактики.

Проанализированы эпидемиологические показатели рака молочной железы в Томской области за последние 20 лет; создан регистр семейного рака молочной железы (обследовано более 300 семей). Разработана методика скрининга рака молочной железы, обоснована целесообразность применения сонографии как скринингового метода при первичном обследовании женщин в возрасте до 50 лет. Создание маммологического центра в Томске позволило в 70% случаев выявлять ранние стадии рака молочной железы и формировать группы риска с предопухолевыми заболеваниями.

Разработаны новые методы лечения:

- реконструктивные операции с применением металлических конструкций с памятью формы (внедрено применение эндопротезов из пористого никелида титана сложной конфигурации для восстановления послеоперационных дефектов средней зоны лица, глазницы, гортани, трахеи, костей, что повышает качество жизни онкологических больных);
- методы восстановления голосовых функций после ларингэктомии в 91% случаев, после органосохранных операций органов полости рта и ротового отдела глотки – в 80%, при парезах и параличах гортани – в 94%;
- дозиметрического и радиологического планирования предоперационной нейтронной терапии (данная схема облучения хорошо переносится больными и позволяет через 1–3 дня выполнить операцию до возникновения местных лучевых реакций);
- комбинированного лечения рака желудка, сочетающего интраоперационную лучевую терапию с внутриартериальным введением низких доз цисплатина в качестве радиомодификатора (двухлетняя выживаемость при применении данного метода составляет 83,9%, пятилетняя – 68,6%, что достоверно выше, чем при оперативном лечении, – 48,3 и 21,7% соответственно);
- комбинированное лечение местнораспространенного рака желудка и легкого с применением интраоперационного облучения (позволило добиться двухлетней выживаемости в 78,1% случаев по сравнению с 48,3% без лучевого лечения);
- комбинированной терапии опухолей, включающей предоперационную дистанционную фотонную лучевую терапию, оперативное вмешательство и интраоперационную лучевую терапию пучком электронов стенок послеоперационной полости (обеспечивает 5-летний показатель общей выживаемости у 60% больных).

Разработаны и применены в клинике новые схемы высокодозной лекарственной терапии, модер-

низированы методы введения цитостатиков; метод полихимиотерапии диссеминированных форм рака молочной железы – применение цитостатиков в виде непрерывной длительной инфузии позволяет повысить курсовую дозу препаратов в 1,5–2 раза (повышение дозы цитостатиков приводит к увеличению непосредственного эффекта на 9% по сравнению с программой FAC и на 34% – по сравнению с программой CAF); исследована новая схема химиотерапии распространенного рака молочной железы, включающая препараты таксол и доксорубицин.

В НИИ терапии СО РАМН в течение 15 лет проводятся эпидемиологические исследования по программе «Регистр рака в Новосибирске». Установлена структура, уровни общей заболеваемости и смертности от злокачественных новообразований, а также от основных форм рака, их особенности в популяции городского населения Западной Сибири и динамика за период 1987–2002 годов. Определены риски развития злокачественных новообразований на основе многофакторного анализа. Результаты этих исследований могут быть положены в основу научно обоснованных рекомендаций для создания целевых программ интегральной профилактики злокачественных новообразований в Западной Сибири.

Учитывая социальную значимость противораковой борьбы, в программу включены фундаментальные и прикладные научные исследования, отвечающие целям и задачам программы, что позволит внедрить в практическое здравоохранение новые высокотехнологичные методы диагностики и лечения больных злокачественными новообразованиями. Сформировано несколько стратегических направлений дальнейших исследований, которые включают в себя: детальное выяснение особенностей разных видов канцерогенеза с целью профилактики возникновения опухолей; ранняя диагностика опухолей; новые подходы к лечению злокачественных новообразований.

С ведущими кафедрами ГМУ в Иркутске по программе «Онкология» заключены договора по организации радиационного мониторинга природной среды (особенно подземных вод) в зонах размещения радиационно опасных объектов. Проводится изучение эпидемиологии злокачественных опухолей населения, проживающего в экологически неблагоприятных городах области.

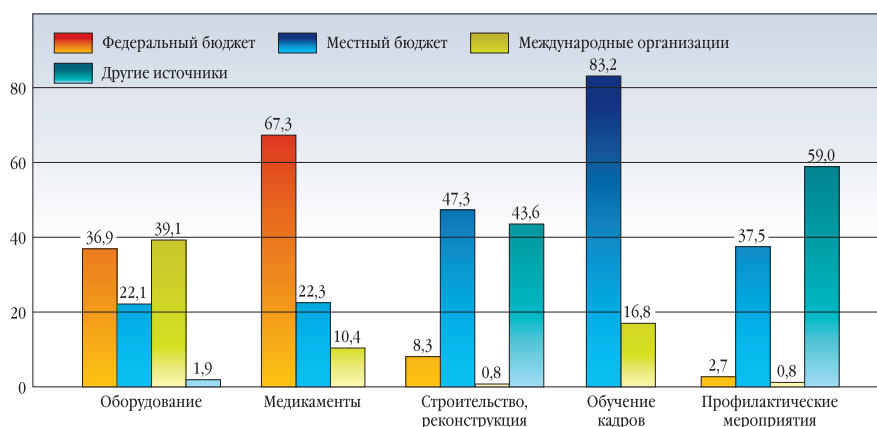
В Сибирском федеральном округе созданы местные телекоммуникационные системы, позволяющие проводить телеконсультации онкологических больных, особенно активно работают данные центры в Иркутске и Барнауле.

Предложения по реализации Федеральной программы в Сибирском федеральном округе:

- Утверждение специализированных межтерриториальных центров онкологических диспансеров и их дооснащение.
- Создание единого государственного регистра онкологических больных в округе.
- Организация телекоммуникационной системы «Онкология» в областных онкологических диспансерах (используя опыт Барнаула и Иркутска).



1



ДОЛЯ РАЗЛИЧНЫХ ИСТОЧНИКОВ ФИНАНСИРОВАНИЯ РЕГИОНАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ «НЕОТЛОЖНЫЕ МЕРЫ БОРЬБЫ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ» ПО СТАТЬЯМ РАСХОДОВ В 2002 ГОДУ (В ПРОЦЕНТАХ)

- Проведение реконструкции и строительства радиологических отделений онкологических учреждений, обеспечение финансирования из федерального бюджета (Кемерово, Иркутск, запланировать Омск, Томск).
- Обеспечение онкологических учреждений химиотерапевтическими препаратами отечественного производства в достаточном количестве.
- Проведение фундаментальных и прикладных научных исследований по профилактике и лечению онкологических заболеваний, разработка мероприятий по ранней диагностике и новых подходов к лечению злокачественных новообразований (Томск, Новокузнецк, Иркутск, Барнаул).

РЕГИОНАЛЬНАЯ ЦЕЛЕВАЯ ПРОГРАММА «НЕОТЛОЖНЫЕ МЕРЫ БОРЬБЫ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ»

Уже в течение многих лет эпидемическая ситуация по туберкулезу в большинстве сибирских территорий остается крайне напряженной. Округ имеет самый высокий в России уровень заболеваемости и смертности от туберкулеза, основные эпидемиологические показатели в 1,5–2 раза превышают среднероссийские. Следует отметить некоторое снижение показателя заболеваемости в ряде субъектов Российской Федерации в 2002 году, которое произошло за счет стабильного финансирования в рамках реализации подпрограммы «Неотложные меры борьбы с туберкулезом в России» Федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с заболеваниями социального характера» (2002–2006 годы), в том числе благодаря значительному улучшению питания и обеспечения медикаментами осужденных в учреждениях ГУИН.

Первое обсуждение организации противотуберкулезной работы в СФО состоялось в 2001 году на совещании ведущих специалистов округа, результатом которого стало усиление внимания органов исполнительной и законодательной власти регионов

к данной проблеме. На местах в короткий срок были разработаны или пересмотрены региональные программы, в 5 субъектах Федерации приняты законы по борьбе с туберкулезом, другие регламентирующие документы, в 6 созданы и работают межведомственные комиссии на уровне глав администраций субъектов Федерации (Алтайский край, Кемеровская, Новосибирская и Читинская области, республики Хакасия и Тыва).

Учитывая важность и необходимость комплексного решения задач профилактики и борьбы с инфекцией, ряд мероприятий в округе проводится при участии аппарата полномочного представителя Президента Российской Федерации в СФО.

Финансирование программ борьбы с туберкулезом осуществляется в основном по трем направлениям: медикаменты (47,8%), строительство и реконструкция (23,5%), оборудование (23,4%) (рис. 1). Общая сумма финансирования в 2002 году составила 258 387,6 тыс. руб. (табл. 2).

Материально-техническая база большинства лечебно-профилактических учреждений службы крайне слаба, хотя за последние несколько лет проводится активная работа по ее улучшению, в основном за счет средств местных бюджетов. В 2002 году в 23 туберкулезных учреждениях округа проведен капитальный, в 78 – текущий ремонт. В Омской области открыта областная детская туберкулезная больница на 120 коек, оснащенная современным оборудованием, в Красноярском крае туберкулезный санаторий перепрофилирован в туберкулезную больницу. Продолжается строительство Новосибирского НИИ туберкулеза МЗ РФ, первая очередь которого приняла первых пациентов в 2001 году.

За счет федерального и местного бюджетов проводится замена флюорографической техники, в 2002 году в округе централизованно получено 20 флюороустановок, в том числе 15 – цифровых, а замены требуют еще более 400 аппаратов. Учитывая низкую плотность населения и климато-географические особенности округа, планируется оснащение территорий высокопроходимыми передвижными флюорографами (Алтайский край, Кемеровская, Омская, Читинская области, Красноярский край).



Таблица 2

**ФИНАНСИРОВАНИЕ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ
СЛУЖБЫ СФО В 2002 ГОДУ (ТЫС. РУБ.)**

Статья расхода	Федеральный бюджет	Местный бюджет	Международные организации	Другие источники	Итого по всем источникам финансирования
Оборудование	22288,8	13340,9	23650,0	1115,2	60394,9
Медикаменты	83181,9	27521,2	12853,7	–	123557,0
Строительство, реконструкция	5000,0	28723,5	494,9	26500,0	60718,4
Обучение кадров	–	918,0	185,0	–	1103,0
Профилактические мероприятия	342,0	4742,5	100,0	7429,8	12614,3
ИТОГО	110812,7	75246,1	37283,6	35045,0	258387,6

Несоответствие в большинстве территорий существующей материально-технической базы (в том числе коечного фонда) числу больных не позволяет в полном объеме госпитализировать даже наиболее опасный в эпидемическом плане контингент и необоснованно сокращает сроки пребывания больных в стационаре. Так, госпитализация впервые выявленных бациллярных больных туберкулезом органов дыхания в Алтайском крае – 81%, в Томской области – 71%. Неудовлетворительна оснащенность бактериологических лабораторий. Единственная лаборатория, соответствующая современным требованиям, на сегодняшний день имеется только в Томской области.

Лечебные учреждения полностью обеспечены основными противотуберкулезными препаратами, но ограниченность финансирования не позволяет приобретать препараты второго ряда в необходимом количестве.

На результаты лечения также оказывает влияние организация питания больных в стационарах. По данным, представленным органами управления здравоохранения субъектов Федерации, в противотуберкулезных учреждениях расходы на питание пациентов не соответствуют натуральным нормам и неравномерны в течение года.

Низкая эффективность профилактической работы проявляется в том, что в среднем почти одна треть больных умирает от туберкулеза на дому.

Если в субъектах округа специфическая профилактика, особенно среди новорожденных, проводится в достаточном объеме, то санитарная профилактика из-за недостатка дезинфекционных камер и дезинфекционных средств ведется неудовлетворительно. Охват заключительной дезинфекцией с камерной обработкой очагов туберкулезной инфекции не проводится в достаточном объеме в Республике Алтай (16,4%), Красноярском крае (29,0%), Томской области (39,0%).

В рамках реализации Федерального закона «О предупреждении распространения туберкулеза в РФ» № 77-ФЗ от 18.06.01 не во всех территориях округа выполняется ст. 15 по социальной защите медработников: сокращение рабочей недели (Алтайский край, Омская область, Республика Алтай, Усть-Ордынский Бурятский автономный округ), дополнительная оплата труда в связи с вредными условиями

и опасностью заболевания туберкулезом, а также за работу на фтизиатрических участках (Алтайский край, частично районы Новосибирской области, Усть-Ордынский Бурятский автономный округ, республики Тыва и Хакасия). При этом работники противотуберкулезных учреждений заболевают туберкулезом в 4–5 раз чаще остального населения. Не обеспечиваются социальные гарантии в отношении населения, в том числе больных туберкулезом: только в 3 территориях решен вопрос бесплатного проезда на лечение и обследование у фтизиатра.

Предупредить распространение туберкулеза возможно за счет уменьшения резервуара возбудителя туберкулезной инфекции, обеспечения нуждающихся полноценным лечением и изоляции больных. Вопросы переселения бациллярных больных из общежитий и многоквартирных квартир администрациями территорий решаются недостаточно. Больные заразными формами туберкулеза, нуждающиеся в предоставлении изолированного жилья или его улучшении, получают его в единичных случаях. В Читинской области – 11,7% нуждающихся получили жилье в течение одного года; в Алтайском крае, Новосибирской, Омской, Кемеровской областях, Республике Бурятия – от 3 до 4%, в автономных округах эта работа не проводится.

Учитывая сложившуюся ситуацию, Координационный совет по здравоохранению округа признал необходимость создания на уровне аппарата полномочного представителя Президента Российской Федерации в СФО межведомственного совета по борьбе с туберкулезом, который должен координировать и направлять совместную работу всех служб, ведомств и международных организаций (рис. 2).

Кроме этого, создан и начал свою работу окружной медицинский фтизиатрический Совет, в который вошли главные фтизиатры всех субъектов РФ СФО. Под руководством главного внештатного фтизиатра Минздрава России в округе, директора Новосибирского НИИ туберкулеза В.А. Краснова, при активном участии сотрудников этого института проводится планомерная деятельность по следующим направлениям:



- создание эффективной и результативной управленческой конструкции в сфере противотуберкулезной деятельности;
- развитие и приведение в соответствие с современными требованиями информационного поля в сфере противотуберкулезной деятельности;
- развитие кадрового потенциала противотуберкулезной службы;
- координация взаимодействия науки и практики в решении актуальных проблем профилактики, выявления, лечения и реабилитации.

Институт осуществляет курацию территорий Сибири и Дальнего Востока, в рамках которой проводится комплекс мероприятий, направленных на оказание организационной, методической, практической помощи и контроль противотуберкулезной деятельности учреждений различного уровня и подчинения. Регулярно проводятся научно-практические мероприятия (конференции, семинары и др.). Одним из основных направлений деятельности института является разработка теоретических основ управления противотуберкулезной деятельностью и реализация их на практике. Совместно с научными учреждениями Сибирских отделений РАН и РАМН выполняется большой объем исследований в областях молекулярно-генетической диагностики туберкулеза; этиологии, патогенеза и лечения лекарственно устойчивого туберкулеза и сочетанной патологии; систем целевой доставки лекарств в пораженные органы; фтизиохирургических методов лечения контингентов больных отягощенными хроническими формами туберкулеза.

Клиника института расположена в новых корпусах, укомплектована современным диагностическим и лечебным оборудованием, располагает 205 койками в 4 отделениях (внелегочных форм туберкулеза, двух терапевтических, торакальной хирургии). В структуре учреждения 3 отдела (клинический, лабораторно-экспериментальный, организационно-методический); работают 5 докторов и 18 кандидатов медицинских наук, 26 ординаторов. Проводится комплексное лечение больных туберкулезом (около 700 пациентов в год), консультируются до 2000 больных.

В результате комплекса мероприятий в рамках реализации программ борьбы с туберкулезом в Сибирском федеральном округе предполагается стабилизировать эпидемическую ситуацию в округе с последующим улучшением эпидобстановки. Для этого представляется необходимым:

- объективно оценить эпидемическую ситуацию с туберкулезом в округе;
- рационально использовать ограниченные ресурсы;
- наладить эффективные взаимодействия (внутри- и межведомственные, информационные) в сфере противотуберкулезной деятельности;
- обеспечить и проводить адекватную кадровую политику;
- использовать имеющиеся резервы (методические и научные).

Для своевременного принятия необходимых мер по реализации программ социально значимой направленности требует отработки механизмов ежегодного мониторинга программ на территориях с целью определения истинной потребности регионов в финансовых и материальных ресурсах, необходимых для формирования объема профилактических мер с учетом эпидемической ситуации и ее перспективного прогноза как на уровне региона, так и в целом по Сибирскому федеральному округу.

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ

ПРОВЕДЕНИЕ ЕДИНОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПОЛИТИКИ В УСЛОВИЯХ ДЕФИЦИТА РЕСУРСОВ

Децентрализация управления здравоохранением требует поиска новых эффективных форм для реализации основной задачи органа управления здравоохранением – проведения на уровне субъекта Федерации единой государственной политики в сфере охраны здоровья населения.

Исходя из этого, главным управлением здравоохранения администрации Иркутской области были определены следующие формы и методы проведения единой государственной политики в сфере охраны здоровья населения:

- усиление взаимодействия органа управления здравоохранением области с органами муниципальной власти;
- развитие и совершенствование программно-целевого метода управления;
- совершенствование метода работы лечебно-профилактических учреждений областного подчинения;
- совершенствование лицензионно-аккредитационной деятельности;
- активизация организационно-методической работы с муниципальной властью;
- совершенствование работы по подготовке и переподготовке кадров.

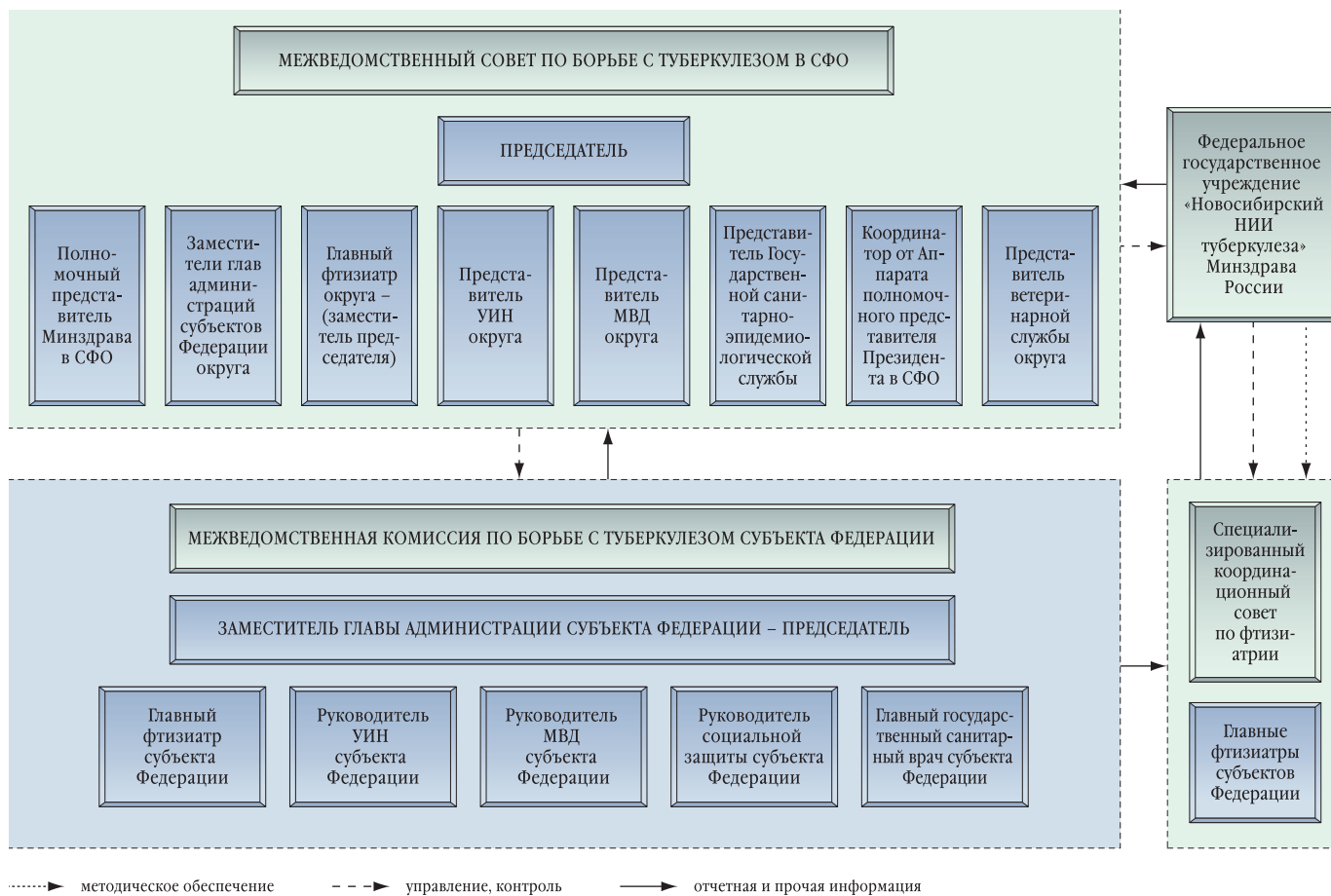
Важным шагом в реализации единой государственной политики явилась уровневая система организации медицинской помощи в Иркутской области.

В основе уровневой системы организации здравоохранения лежит традиционная для России этапность оказания медицинской помощи. Основное отличие уровневой системы от этапной состоит в том, что для каждого муниципального образования определяется сеть и структура лечебных учреждений с учетом особенностей конкретной территории: уровня социально-экономического развития, кадрового потенциала, материально-технической базы лечебно-профилактических учреждений, удаленности от крупных лечебных баз.

Прежде всего уровневая система организации медицинской помощи направлена на повышение эффективности использования уже имеющихся в здравоохранении ресурсов. Особое внимание главным управлением здравоохранения в этой связи было уделено четкому разделению функций на каждом уровне оказа-



2



КООРДИНАЦИЯ УПРАВЛЕНИЯ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ В СИБИРСКОМ ФЕДЕРАЛЬНОМ ОКРУГЕ

ния медицинской помощи, а также между различными типами медицинских учреждений.

В настоящее время уровневая система организации здравоохранения определена для большинства территорий области, проводится работа по совершенствованию деятельности каждого уровня.

Постановлением главы администрации области от января 2000 года «О совершенствовании работы фельдшерско-акушерских пунктов как первого уровня оказания медицинской помощи» определены основные цели, задачи и направления деятельности ФАПов, представлена табель оснащения ФАПа необходимым оборудованием и инструментарием, указана рекомендуемая сеть ФАПов для каждого муниципального образования области.

Сформирована четкая позиция по отношению к участковым больницам: в отдаленных районах они должны быть сохранены и укреплена их кадровая и материально-техническая база. Направлениями в реструктуризации коечного фонда участковых больниц должны быть его реорганизация в койки дневного пребывания, или, как это обозначено в соответствующих приказах главного управления здравоохранения, использование участковых больниц для лечения или долечивания фтизиатрических, наркологических больных, больных с длительно текущими психическими заболеваниями.

С 1999 года главным управлением здравоохранения проводится работа по формированию межрайонных центров лечения и диагностики. Медицинские учреждения Саянска объединены в Саянский межрайонный центр лечения и диагностики, функционирующий в рамках системы обязательного медицинского страхования. В 2002 году создан аналогичный центр в Братске, ориентированный на северные территории области. Организация подобных центров повышает доступность и своевременность оказания качественной медицинской помощи сельским жителям.

Наиболее крупные организационные преобразования в течение последних двух лет произошли на пятом уровне оказания медицинской помощи – на уровне областных лечебных учреждений. Основная цель этих преобразований – совершенствование оказания высококвалифицированной и специализированной медицинской помощи населению городов и районов области.

С целью создания единой хирургической службы туберкулеза, совершенствования оказания фтизиатрической помощи детям, а также больным с внелегочным туберкулезом, усиления организационно-методической работы укреплен областной туберкулезный диспансер путем присоединения к нему областной туберкулезной больницы, организована детская областная туберкулезная



больница. Результатом преобразования фтизиатрической службы является отмеченное впервые за последние 10 лет снижение заболеваемости туберкулезом на 15%.

С 01.01.2000 года начал функционировать территориальный центр медицины катастроф – учреждение здравоохранения нового типа. Анализ деятельности данного Центра показал, что решение об организации подобного учреждения было совершенно верным и продиктовано необходимостью сегодняшнего дня. Только в 2002 году специалистами Центра в города и районы Иркутской области осуществлено 1005 выездов, при этом была оказана экстренная квалифицированная медицинская помощь 1259 пациентам. Организация эффективной методической работы с территориями области – это одна из основных задач, которая стоит сегодня перед территориальным Центром медицины катастроф. В 2002 году из областного бюджета на финансирование службы медицины катастроф и санитарной авиации выделено 26,5 млн. рублей и в 2003 году – 32,5 млн. рублей.

Самое положительное влияние на здравоохранение области в части оказания специализированных и высокотехнологических видов медицинской помощи оказывает Иркутский областной диагностический центр (открыт в 1999 году), оснащенный современным оборудованием. Для эффективной организации этой работы главным управлением здравоохранения определена система квот для муниципальных образований области на основные виды исследований. Указанные квоты формируются с учетом состояния заболеваемости на территориях области и материально-технической базы муниципального здравоохранения. Всего за 2002 год выполнено 404,4 тыс. исследований, зарегистрировано 122,4 тыс. посещений.

Проблема повышения качества оказания медицинской помощи напрямую связана с обеспечением населения высокотехнологичными дорогостоящими видами медицинской помощи. Для решения этой задачи на протяжении последних трех лет в областном бюджете предусматриваются целевые ресурсы. Так, в 2003 году для этих целей из бюджета выделено 30 млн. рублей. Целевое финансирование дорогостоящих видов медицинской помощи позволило в три раза увеличить объем кардиохирургических вмешательств, выполняемых в условиях искусственного кровообращения.

Необходимо отметить, что расходы на здравоохранение в структуре консолидированного бюджета области ежегодно увеличиваются и в 2002 году составили 15%.

Ежегодно главным управлением здравоохранения составляется сводный перечень госзаказа, в котором отражаются все потребности регионального здравоохранения на закупку медикаментов и оборудования. В целях усиления контроля за эффективным расходованием бюджетных средств принято постановление губернатора области от 20.06.2002 №132-пг «О проведении конкурсов на поставку товаров, выполнение работ, оказание услуг в сфере здравоохранения для государственных нужд Иркутской области».

Главным положительным итогом работы здравоохранения области является снижение младенче-

ской и материнской смертности. Этого удалось добиться путем эффективных управленческих решений главного управления здравоохранения, значительно повысивших организационно-методическую работу с территориями. Ранее результаты проводимого анализа младенческой и материнской смертности, мертворождаемости доводились до сведения медицинских работников в обобщенном варианте и были малоэффективны. В 1998 году главным управлением здравоохранения проанализировано выполнение действующего законодательства в сфере охраны здоровья матери и ребенка, подготовлено и разослано в территории методическое пособие «Правовое регулирование охраны здоровья матери и ребенка». В начале 1999 года на базе областного перинатального центра главным управлением здравоохранения создана и действует на постоянной основе экспертная группа по анализу всех случаев мертворождений, младенческой и материнской смертности. Если в 1999 году младенческая смертность была 20,7 на 1000 родившихся живыми, то в 2002 году – 15,7, материнская – 56,1 на 100 тыс. родившихся живыми, в 2002 году – 32,0, что свидетельствует об эффективности внутриведомственной экспертизы качества оказания медицинской помощи.

Эффективная реализация единой государственной политики в здравоохранении области возможна только благодаря целенаправленной работе по определенным приоритетным направлениям, таковыми являются:

- совершенствование управления здравоохранением на региональном уровне;
- рациональное использование имеющихся в здравоохранении ресурсов;
- повышение эффективности от реализации на территории области федеральных, областных и муниципальных целевых медицинских программ;
- создание и совершенствование системы бесплатного обеспечения населения высокотехнологическими и дорогостоящими видами медицинской помощи.

Работа главного управления здравоохранения администрации Иркутской области по проведению единой государственной политики в условиях дефицита ресурсов одобрена в апреле 2001 года на состоявшемся в Новосибирске Совете межрегиональной ассоциации «Здравоохранение Сибири».

РЕАЛИЗАЦИЯ ЦЕЛЕВЫХ МЕДИЦИНСКИХ ПРОГРАММ

На территории Иркутской области действуют 9 областных государственных целевых медицинских программ, кроме того, в каждом из 37 муниципальных образований области реализуются собственные муниципальные программы. При разработке каждой государственной и муниципальной целевой программы учитываются следующие критерии:

- состояние заболеваемости, смертности, эпидемиологической ситуации по отдельному заболеванию (группе заболеваний) и другие показатели;



- уровень материально-технического и лекарственного обеспечения лечебно-профилактических учреждений;
- состояние кадрового потенциала;
- внедрение новых технологий обследования и лечения;
- профилактическая направленность программы;
- наличие одноименных утвержденных муниципальных программ.

В 2002 году финансирование областных программ составило 80,1 млн. руб., или 100% плана. Для сравнения: в 1996 году действовало только три областные целевые программы, финансирование которых составило 0,7% от запланированного. Муниципальные программы городов и районов области в 2002 году были профинансированы на сумму 34,3 млн. руб.

Реализация федеральной, областной и муниципальных программ «Вакцинопрофилактика» позволила снизить в 2002 году уровень заболеваемости практически по всем управляемым инфекциям: краснухой в 16,7 раза, или на 94% (549,9 в 2001 году, 32,78 – 2002 год), корью – в 8,1 раза – на 87,7% (1,54 в 2001 году, 0,19 в 2002 году), коклюшем в 1,83 раза – 45,5% (21,69 в 2001 году, 11,83 в 2002 году), паротитом в 1,5 раза – 33,5% (7,64 в 2001 году, 5,08 в 2002 году), дифтерией – в 1,3 раза (на 29%), острым гепатитом В – в 1,95 раза (48,65), (44,3 в 2001 году, 22,7 в 2002 году).

Особую роль играют целевые медицинские программы в работе по предупреждению распространения ВИЧ-инфекции. Главным управлением здравоохранения разработан и реализуется комплекс мер, направленный на повышение эффективности от реализации на территории области федеральной, областной и муниципальных программ «Анти-ВИЧ/СПИД». Результатом выполнения в 2002 году целевых медицинских программ «Анти-ВИЧ/СПИД» на территории области стало впервые зарегистрированное за последние годы снижение заболеваемости ВИЧ-инфекцией на 31,0%.

С 2001 года на территории области реализуется областная целевая программа «Профилактика внутрибольничных инфекций». Одними из ее важнейших результатов стали следующие:

- уменьшилось количество послеоперационных гнойно-септических осложнений;
- в 2001 году удалось предотвратить вспышки инфекционных заболеваний в 15 муниципальных образованиях области, пострадавших от весеннего и летнего паводка.

В 2002 году в результате выполнения программ «Неотложные меры борьбы с туберкулезом в Иркутской области» удалось добиться снижения заболеваемости туберкулезом на 6,0%.

Основные итоги реализации программ «Безопасное материнство» следующие: за последние три года показатель перинатальной смертности снизился на 27%, мертворождаемость – на 21%, ранняя неонатальная смертность снизилась на 38% – отмечается устойчивая положительная динамика всех основных показателей службы охраны материнства и детства в области.

С 2001 года действует программа «Развитие кардиохирургической службы в Иркутской области». В результате в 3,5 раза увеличилось число проведенных у детей кардиохирургических операций при снижении летальности.

Выполнение областной целевой программы «Сахарный диабет» позволило обеспечить человеческими ресурсами и средствами их введения детей и подростков области, что сказалось на улучшении качества жизни этой категории населения. Реализация областной целевой программы «Меры по улучшению оказания медицинской помощи онкологическим больным Иркутской области» обеспечила внедрение новых технологий в раннюю диагностику злокачественных образований, а также улучшила качество лечения онкологических больных. Так, впервые на территории России в Иркутском областном онкологическом диспансере стали выполнять лапароскопические операции при злокачественных новообразованиях желудка, кишечника, женской половой сферы.

Реализация областной целевой программы «Медико-социальные мероприятия по ликвидации последствий пожара на АО «Иркутсккабель» позволила обеспечить проведение необходимых мероприятий медицинского и социального характера для ликвидаторов пожара на АО «Иркутсккабель».

Программа создания единой компьютерной сети здравоохранения Иркутской области позволила создать информационную сеть здравоохранения, включающую 16 муниципальных образований области, 5 ЛПУ областного подчинения, ИГМУ, ИГИУВ.

Совершенствование работы по выполнению на территории области федеральных программ, а также разработка и реализация областных государственных и муниципальных целевых медицинских программ лежат в основе программно-целевого метода управления здравоохранением области.

В тесном сотрудничестве с органами практического здравоохранения области работают ученые Научного центра медицинской экологии ВСНЦ Сибирского отделения РАМН, принимающие активное участие в разработке и реализации областных и муниципальных медико-экологических программ:

- «Качество жизни и здоровье населения Иркутской области»;
- «Медико-социальные мероприятия по ликвидации пожара на АО «Иркутсккабель»;
- «Фундаментальные исследования и содействие НТП «Медико-экологический прогноз развития трудовых ресурсов промышленных центров Иркутской области»;
- «Изучение эффектов, обусловленных воздействием ртути на население Иркутской области»;
- «Профилактика и лечение артериальной гипертонии в Иркутской области на 2002–2008 годы»;
- «Экологическая безопасность населения г. Иркутска»;
- «Решение некоторых приоритетных проблем сохранения здоровья населения Восточной Сибири»;
- «Экология и здоровье».



Так, например, при выполнении программы «Качество жизни и здоровье населения Иркутской области» выявлены районы, в которых существуют природные очаги хантавирусов; изучено качество воды крупных городов Иркутской области (Иркутск, Ангарск, Усолье-Сибирское, Шелехов) по микробиологическим, вирусологическим и санитарно-гигиеническим показателям; проведены скрининговые обследования детей ряда городов Иркутской области по выявлению эссенциальной артериальной гипертонии, проведено детальное обследование детей с выявленной патологией; проведены скрининговые исследования детей начальных классов ряда городских и сельских школ Иркутской области (биохимические исследования, содержание микроэлементов в биосубстратах); определены антропометрические показатели отдельных половозрастных групп детей городов Иркутской области).

При выполнении программы «Медико-социальные мероприятия по ликвидации пожара на АО «Иркутск-кабель» впервые разработаны методические подходы к диагностике, лечению и реабилитации группы лиц, пострадавших при ликвидации чрезвычайной ситуации. Установлен типичный клинический синдромокомплекс, характерный для отдаленного периода нейроинтоксикации от воздействия комплекса токсичных веществ. Выявлены биологические и психологические факторы, способствующие углублению клинических проявлений токсического поражения. Разработаны рекомендации по реабилитации пострадавших.

По программе «Фундаментальные исследования и содействие НТП «Медико-экологический прогноз развития трудовых ресурсов промышленных центров Иркутской области» предложена концепция трехуровневой ответственности за сохранение здоровья, которая позволяет разграничить ответственность на уровне государства и предприятия, она содержит блок персональной ответственности за здоровье; созданы математические модели, описывающие экономические, социальные, антропогенные факторы и качество здоровья населения.

По программе «Изучение эффектов, обусловленных воздействием ртути на население Иркутской области» рассчитан ориентировочный коэффициент опасности отравления ртутью для различных групп населения и для работающих в контакте с парами металлической ртути. Большой риск имеют жители села, что обусловлено особенностями питания: основной группой риска являются сельские дети дошкольного возраста, в рационе которых значительную долю составляет молоко (концентрация ртути в котором достигает ПДК) и местные виды рыбы. Коэффициент опасности у дошкольников в 2 раза выше, чем у взрослого населения обследованного поселка. На основании полученных данных разработана программа оздоровления групп риска в условиях профилактория. Ориентировочная оценка экономической эффективности предлагаемых мероприятий, проведенная с учетом опыта Японии, составляет порядка 1млн. долл. США.

В рамках областной программы «Профилактика и лечение артериальной гипертонии в Иркутской области на 2002–2008 годы» определена распространен-

ность эссенциальной артериальной гипертонии у детей, в клинике НИИ педиатрии и репродукции человека НЦМЭ ВСНЦ СО РАМН создан кабинет профилактики.

По программе «Экологическая безопасность населения г. Иркутска» разработана методика анализа состояния репродуктивного потенциала, что позволит прогнозировать демографическую ситуацию в конкретном регионе. Выяснено, что период гормональной активности яичников генетически детерминирован, экологическое неблагоприятное оказывает неблагоприятное воздействие на здоровье женщины, срок наступления и течение климактерического периода, что в конечном итоге снижает продолжительность жизни. Также проведено исследование влияния неблагоприятных экологических факторов на здоровье девочек подросткового периода. В районах с неблагоприятной экологической обстановкой было выявлено повышение уровня заболеваемости девочек-подростков.

Результаты проведенных исследований, а также разработанные рекомендации по улучшению как состояния здоровья населения, так и экологической ситуации передаются в органы местного самоуправления для принятия решений.

РАЗВИТИЕ ТЕЛЕМЕДИЦИНЫ

Одним из перспективных направлений развития здравоохранения Иркутской области является создание телемедицинской сети. Иркутская область, имеющая территорию более 750 тыс. км², находится на значительном удалении от крупных лечебных баз страны, поэтому развитие телемедицины стало актуальной задачей. Работа по созданию телемедицинской сети проводится администрацией Иркутской области совместно с Международным центром телемедицины (Москва).

В 2000 году началась работа по организации телемедицинского терминала на базе Иркутского областного диагностического центра. В течение полутора лет данный терминал был оснащен самым современным оборудованием, что позволило здравоохранению области принять участие в крупных медицинских симпозиумах и конференциях с использованием каналов телекоммуникационной связи: в апреле 2001 года в конгрессе «Человек и лекарство», в июне 2001 года состоялась международная телеконференция по проблемам ВИЧ-инфекции, в ноябре 2002 года проведена телеконференция в рамках состоявшегося в Иркутске Координационного совета Минздрава РФ в Сибирском федеральном округе. 29.05.2002 в рамках I съезда педиатров Иркутской области был проведен телемост Москва – Иркутск с участием главного врача Республиканской детской больницы Н.Н. Ваганова и представителя МЗ РФ по вопросам Всероссийской диспансеризации детей и снижения младенческой смертности.

27.06.2002 в Иркутске состоялось совещание по вопросам развития телемедицины в регионах Сибири, на котором был представлен опыт работы Иркутской области по данному направлению.

С 2001 года началось регулярное проведение телеконсультаций из Иркутска с центральными клиниками страны, и в течение 2002 года было проконсультировано 111 больных с различной патологией.



ЗДРАВООХРАНЕНИЕ АЛТАЙСКОГО КРАЯ

По состоянию на 01.01.2003 в Алтайском крае функционирует 2,5 тыс. учреждений здравоохранения, в которых работает более 10 тыс. врачей, в том числе в сельской местности – 2,3 тыс. человек. Около 60% врачей имеют квалификационную категорию по специальности. Число среднего медицинского персонала, занятого в лечебно-профилактических учреждениях края, составляет 25 тыс. человек. Всего в системе здравоохранения края работает более 70 тыс. человек. Среди них 16 докторов и 45 кандидатов медицинских наук, около 300 заслуженных врачей Российской Федерации, более 3 тыс. награждены знаком «Отличник здравоохранения». Кроме того, в Алтайском медицинском университете трудится 3 члена-корреспондента РАМН, 88 докторов наук, 290 кандидатов наук.

Ежегодно Алтайский государственный медицинский университет выпускает около 450 врачей и провизоров, в 2003 году более 220 выпускников направлены на работу в сельские районы.

В сельских районах края действует 106 участковых больниц, 165 сельских врачебных амбулаторий, 1019 фельдшерско-акушерских пунктов (ФАП). Для приближения специализированной помощи сельским жителям в городах и крупных районных центрах создано 161 межрайонных отделений и центров.

Важнейшим условием развития здравоохранения в крае является улучшение его финансирования. Если в 2001 году консолидированный бюджет здравоохранения составлял 1 млрд. 494 млн. руб., то в 2002 году он составил уже 1 млрд. 797 млн. руб., что значительно опередило инфляцию. Общие расходы на здравоохранение с учетом средств ОМС составили в 2002 году 3141, 4 млн. руб.

В Алтайском крае активно развиваются новые перспективные технологии оказания медицинской помощи пациентам, в том числе при заболевании сердца, сосудов, центральной нервной системы, позвоночника, а также в области абдоминальной хирургии.

На протяжении последних лет в крае реализуются целевые медицинские программы, полностью обеспеченные финансовыми ресурсами, что позволяет решать приоритетные проблемы здравоохранения. В целях эффективного использования бюджетных средств, решения социально значимых приоритетных проблем здравоохранения утверждены шестнадцать целевых программ, в том числе: «Онкология», «Гемодиализ и трансплантация почки», «Пульмонология (бронхиальная астма, хроническая обструктивная болезнь легких, дыхательная недостаточность)», «Сахарный диабет», «О неотложных мерах борьбы с туберкулезом», «Кардиология», в том числе «Кардиохирургия» и др. Важно отметить появление профилактических программ «Профилактика и лечение артериальной гипертонии», «Безопасное материнство», «Пожилой человек».

Ряд последовательных мер комитета по здравоохранению, территориального фонда ОМС и комитета по фармацевтической деятельности и производству лекарственных средств при поддержке администрации края

позволили снизить остроту проблемы лекарственного обеспечения. В стационарных медицинских учреждениях внедрена формулярная система обеспечения лекарственными средствами. Разработаны и утверждены протоколы лечения стационарных больных в условиях ЦРБ.

Органом, осуществляющим управление и определяющим концептуальные направления развития здравоохранения в Алтайском крае, является комитет администрации Алтайского края по здравоохранению. Комитет по здравоохранению осуществляет свою деятельность в соответствии с законодательством Российской Федерации и нормативными правовыми актами Алтайского края. Комитет является структурным подразделением администрации края, отраслевым органом государственного управления в области здравоохранения, осуществляющим свою деятельность во взаимодействии с органами исполнительной и законодательной власти, с органами местного самоуправления, правоохранительными органами, с общественными организациями и профессиональными ассоциациями.

Постоянное внимание в своей деятельности комитет по здравоохранению уделяет формированию новых подходов к решению приоритетных задач здравоохранения, развитию специализированной медицинской помощи, внедрению современных высокоэффективных диагностических и лечебных технологий, оснащению лечебно-профилактических учреждений медицинской техникой, развитию первичной медико-санитарной помощи, обучению и переподготовке врачебных кадров.

Ряд медико-географических особенностей создают существенные трудности в функционировании системы здравоохранения края и обеспечения необходимого уровня оказания медицинской помощи населению. К их числу относятся:

- значительная площадь (168 тыс. км²) и низкая плотность населения – 15,7 чел. на 1 км²,
- а в сельской местности – до 4,9 чел. на 1 км²;
- высокий удельный вес сельских жителей – 47,6% в общей численности населения;
- большое число административных единиц – 60 районов, 12 городов, 14 поселков городского типа, 1620 сельских населенных пунктов.

Перечисленные особенности требуют содержания большой сети лечебно-профилактических учреждений первичной медико-санитарной помощи. Коечная мощность большинства центральных районных больниц не превышает 100 коек, что не позволяет обеспечить их в полной мере соответствующим оборудованием для оказания высококвалифицированной медицинской помощи жителям края.

Кроме общих для всей страны причин, существенное отрицательное воздействие на формирование уровня здоровья населения края оказывает ряд специфических для Алтайского края факторов. В первую очередь это его непосредственная близость от испытательных площадок Семипалатинского ядерного полигона. Постановлением Правительства Российской Федерации от 24.06.1992 года №428 «О мерах по оздоровлению населения и социально-экономическому развитию населенных пунктов Ал-



тайского края, расположенных в зоне влияния ядерных испытаний» была утверждена государственная программа «Семипалатинский полигон – Алтай», в рамках которой проведены научные исследования и получены материалы, которые убедительно доказывают, что в сочетании с другими факторами природной среды радиационный фактор влияет на развитие ряда заболеваний, в том числе злокачественных новообразований.

Эти объективно сложившиеся обстоятельства потребовали проработки вопросов оказания этапности медицинской помощи, ее доступности и качества. Анализ ситуации свидетельствует о том, что успеха можно было добиться, только используя современные организационные и медицинские технологии.

Высокотехнологичные и сложные виды медицинской помощи оказывают в крае диагностический центр, краевая детская и взрослая больницы, на высоком современном уровне работает онкологический диспансер. Хирурги краевого кардиологического центра выполняют современные операции на сердце как взрослым, так и детям; выполняются операции по пересадке почки, развивается эндоскопическая хирургия.

Медицинские учреждения края располагают современной диагностической базой: магнитно-резонансными и компьютерными томографами, аппаратурой для ультразвуковой диагностики, разнообразной эндоскопической техникой, ускорителями для лучевого лечения онкологических больных.

Одними из первых в стране алтайские медики еще в 1983 году разработали и внедрили в практику автоматизированные диагностические системы по неотложной хирургии и гинекологии, приступили к внедрению систем мониторинга здоровья населения края.

Перспективной технологией, получившей признание на уровне руководства края, является телемедицина. Ее развитие осуществляется в соответствии с разработанной концепцией и принципами медико-географического зонирования, на основе разработанного в крае автоматизированного комплекса «Региональная система телемедицины» (РСТ), имеющего сертификат МЗ РФ. За время внедрения телемедицины установлены деловые контакты с 8 академическими и институтскими клиниками Москвы и Санкт-Петербурга, телемедицинским сервисным центром клиники университета г. Регенсбурга (Германия), медицинскими учреждениями г. Екатеринбурга, Омска, Кургана, Донецка (Украина).

В настоящее время телеконсультирование ведется по терапии, педиатрии, детской гематологии, неврологии и генетике, акушерству и гинекологии, цитоморфологии, гистологии. Всего на основе РСТ 3.0 с 2000 года мы провели более 200 внутрикраевых, межрегиональных и международных телеконсультаций и телеконсилиумов. Комплекс РСТ послужил основой для

развития и усовершенствования автоматизированной экспертной системы управления перинатальной помощью. Внедрение телемедицинских технологий позволило не просто улучшить дистанционную диагностику, появилась реальная возможность управлять конечным результатом, не допускать летального исхода или рождения ребенка с тяжелыми пороками. Программа была апробирована в наиболее отдаленной медико-географической зоне на базе межрайонного акушерского отделения Славгорода (отдаленность от краевого центра – более 400 км), где был создан телемедицинский пункт. Консультации проводятся высококвалифицированными специалистами краевого перинатального центра. Полученные положительные результаты по предотвращению рождения детей с грубой врожденной патологией позволили распространить данную технологию еще на 2 медико-географические зоны (Бийскую и Рубцовскую).

Географическое, климатическое и природное разнообразие Алтайского края обеспечивает его богатейшие рекреационные возможности. В крае находится известный на всю страну крупнейший в Сибири курорт Белокуриха, расположенный в живописном уголке алтайских предгорий. Радоновые ванны курорта с их уникальной целительной силой ежегодно привлекают тысячи отдыхающих из всех регионов страны.

Заслуженной известностью пользуются климатотерапевтические санатории «Барнаульский», «Обь», «Сосновый бор», детские санатории. Кроме курортных учреждений, наряду с освоенными рекреационными зонами, край располагает изученными, перспективными для курортного развития территориями в Завьяловском, Романовском, Славгородском, Рубцовском районах.

Деятельность комитета по здравоохранению и лечебно-профилактических учреждений направлена на формирование единого территориально-функционального комплекса, обеспечивающего в достаточном объеме бесплатную, доступную, квалифицированную медицинскую помощь населению Алтайского края.

Проводимые при поддержке администрации края мероприятия, направленные на обеспечение равнодоступности для населения медицинской и лекарственной помощи, осуществляются по следующим направлениям:

- от стационарной помощи к амбулаторной;
- от наращивания ресурсов к их эффективному использованию;
- от объема медицинских услуг к обеспечению качества;
- от жестко централизованной системы управления к сочетанию функций централизации и децентрализации и разграничению полномочий центра и регионов на принципах медико-географического зонирования.

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ КУЗБАССА СЕГОДНЯ

НАЧАЛЬНИК
ДЕПАРТАМЕНТА ОХРАНЫ
ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ
КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ
Тамерлан Иванович Швец



В 2003 году кузбасское здравоохранение отметило 60-летний юбилей. Его рождение состоялось в январе 1943 года, когда Кемеровская область стала самостоятельной административной единицей.

На 1 января 2003 года население Кемеровской области составило 2918,9 тыс. человек, в том числе сельское население – 385,7 тыс. (13,1%). Средняя продолжительность жизни в 2001 году в Кузбассе – 62,8 года, у мужчин – 56,6 года, у женщин – 69,9 года. По сравнению с Россией эти показатели ниже, у мужчин – на 2,4 года, у женщин – на 2,3 года. В 2002 году показатель смертности превысил показатель рождаемости в 1,8 раза.

Тем не менее отмечается положительная динамика рождаемости в области. Уровень рождаемости в 2002 году составил 9,9‰.

В настоящее время медицинскую помощь населению Кемеровской области оказывают 1246 учреждений, из которых 1151 учреждение находится в системе Департамента охраны здоровья населения Кемеровской области (ДОЗН). Кроме того, в области работают 42 федеральных и 53 ведомственных учреждения здравоохранения. В системе ДОЗН работают 133 больничных учреждения (22 596 коек), 41 диспансер (3365 коек), 350 амбулаторно-поликлинических учреждений, в том числе 27 стоматологических поликлиник, 537 ФАПов, 26 станций (отделений) скорой медицинской помощи, 26 санаториев, 7 домов ребенка, 10 станций переливания крови, 3 центра меди-

цинской профилактики, центр медицины катастроф, 6 патологоанатомических бюро, 3 бюро судмедэкспертизы, 2 медицинских информационно-аналитических центра, 1 медицинский колледж и 5 медицинских училищ.

Число коек на 10 тыс. населения в Кемеровской области (включая федеральные и ведомственные) составило в 2002 году 96,0, в то время как по Сибирскому федеральному округу их было 103,8, а по РФ – 106.

В системе охраны здоровья населения Кемеровской области свыше 200 врачей-специалистов имеют почетное звание «Заслуженный врач Российской Федерации», более 500 медработников награждены значком «Отличнику здравоохранения», свыше 700 имеют ордена и медали.

За последние 4 года выросло число врачей, имеющих квалификационную категорию (с 51% в 1999 году до 58% в 2002 году). Значительно возросло число специалистов, работающих в практическом здравоохранении и имеющих ученую степень (127 – в 2000 году, 168 – в 2002 году).

Принятые в области меры по стабилизации экономики привели к росту производства. Лучше стала наполняться доходная часть бюджета области. И сразу последовало увеличение расходов на здравоохранение. Это позволило увеличить расходы на медицинскую помощь на одного жителя области в 2002 году до 2040,4 руб. против 546 руб. в 1997 году. Общие расходы на медицинскую помощь в 2002 году составили около 6,0 млрд. руб. Благодаря этому была решена одна из важнейших проблем, которая могла явиться существенным тормозом в поступательном развитии здравоохранения, – закрытие долгов по заработной плате медицинским работникам. Удалось снять социальную напряженность в коллективах.

Но это не было самоцелью. Основная задача – сохранение и расширение государственных гарантий бесплатной медицинской помощи населению.

Проходило перераспределение финансовых потоков из дорогостоящего стационарного сектора в менее затратный – амбулаторный. При этом качество медицинской помощи не страдало, а ее объем наращивался. Коли-

чество пролеченных больных в стационарах области не только не уменьшилось, а увеличилось почти на 22,2 тыс. по сравнению с 2001 годом. Перераспределению потока больных способствовало и более широкое внедрение новых медицинских технологий в больницах. Так, количество дневных стационаров при амбулаторно-поликлинических учреждениях значительно увеличилось.

Доля амбулаторно-поликлинической помощи и стационарзамещающих технологий в общих расходах на финансирование Территориальной программы обязательного медицинского страхования заметно увеличилась (с 36% в 2000 году до 42% в 2002 году). Практически исчезли жалобы на отказы в госпитализации.

Адресная направленность медицинской помощи оставалась ведущей в организации медицинской помощи населению. На это и направлены региональные целевые программы. В первую очередь это «Охрана и укрепление здоровья граждан старшего поколения», «Льготное лекарственное обеспечение», «Охрана здоровья матери и ребенка».

Созданная в области в 1999 году сеть специальных ветеранских больниц получила свое дальнейшее развитие и к 2002 году достигла почти 860 коек, на которых в течение года было пролечено 5974 больных.

Открыты дополнительно социальные (губернские) аптеки и отделы – всего 35, через которые обеспечивалась бесплатными медикаментами большая группа ветеранов войн, а с начала 2002 года – и дети-инвалиды.

В 2002 году на льготное слухопротезирование было выделено более 2,2 млн. руб. В результате практически полностью закрыта проблема обеспечения слабослышащих людей слуховыми аппаратами.

Принятие программы по охране материнства и детства позволило не только целенаправленно улучшить финансирование родильных домов, женских консультаций и гинекологических отделений, но и установить дополнительные социальные льготы и гарантии беременным женщинам. Эта программа контролируется лично губернатором. Благодаря этому в 2002 году общие затраты на эту программу из всех источников составили 0,3 млрд. руб.

Решая задачи адресной помощи по указанным выше программам, руководство здравоохранения активно выходило на Минздрав России, различные общественные организации, предприятия, фирмы, что позволило профинансировать целевые программы в 2002 году на сумму 248,4 млн. руб. Практически полностью удалось реализовать комплексную программу «Здоровье кузбассовцев в 2002 году». Благодаря этому удалось решить многие проблемы больных сахарным диабетом – улучшить лекарственное обеспечение, в первую очередь детей, открыть «школы диабета».

Находят свое решение и многие проблемы по предупреждению распространения туберкулеза на территории области. Предпринят ряд эффективных мер по укреплению противотуберкулезной службы.

Реализация программы «Анти-СПИД» помогла контролировать и обеспечивать управляемость ситуацией на фоне роста ВИЧ-инфекции.

Принцип эффективного и рационального использования финансовых средств применяется и в инвестиционной политике по капитальному строительству, реконструкции учреждений и их техническому перевооружению. Привлекаются средства федерального бюджета. За счет этих средств продолжалось строительство кардиологического центра, областной клинической больницы в г. Кемерово, поликлиники в г. Осинники. Учитывая, что изношенность основных фондов здравоохранения составляет более 70%, а ограниченное финансирование не позволяет решать эту проблему одновременно, в первую очередь внимание было сосредоточено на стратегически важных объектах областного значения, а на муниципальном уровне – на учреждениях, выполняющих функции межрайонных центров или имеющих важное значение для территории.

Аналогичный подход применен к закупке высокотехнологичного современного медицинского оборудования, которое должно быть сосредоточено только там, где есть уверенность, что оно будет использоваться с полной нагрузкой, где есть возможность внедрять и развивать современные медицинские технологии. Все это дало возможность, наряду с решением вопросов улучшения организации и повышения качества медицинской помощи, лекарственного обеспечения населения, решать вопросы оснащения лечебных учреждений новейшим медицинским оборудованием – компьютерными томографами, рентгеноустановками, дыхательной и наркозной аппаратурой, эндоскопическим оборудованием, приборами для ультразвуковой диагностики и многим другим.

Это позволило перейти к более широкому внедрению новейших медицинских технологий в лечении больных – эндохирургические вмешательства, артроскопические операции, эндопротезирование, остеометаллосинтез при травмах костей и позвоночника, литотрипсия (дробление камней) в урологии, развивать трансплантологию и многое другое.

Используется и помощь крупных промышленных предприятий. В этом активно помогают Западно-сибирский металлургический комбинат, Кузнецкий металлургический комбинат, АО «Азот», угольные объединения и многие другие. С их помощью за последние четыре года привлечено на развитие материальной базы здравоохранения свыше 200 млн. руб.

В Кузбассе разработана Губернская программа развития добровольного медицинского страхования (ДМС) на 2001–2005 годы. Ее основными целями являются:

- повышение доступности для населения высококвалифицированной медицинской помощи сверх территориальной программы государственных гарантий;
- создание системы эффективного использования привлеченных по ДМС средств;
- переход к комплексному решению проблемы создания страховой защиты населения как элементу государственной политики в регионе.

Программа реализуется при тесном взаимодействии Кузбасской ассоциации страховых организаций (КАССО) и администрации области.



Поступления из этого источника составили в 2002 году около 400 млн. руб.

Целенаправленная деятельность по созданию нормативно-правовой базы здравоохранения осуществляется совместно с областным Советом народных депутатов. Из всех законов, принятых законодательным органом по социальной политике, более 55% касается здравоохранения.

Разработана Концепция охраны здоровья населения области на перспективу до 2010 года. В ней сформулированы основные задачи. Это прежде всего восстановление профилактической направленности медицинской помощи, формирование здорового образа жизни населения, формирование нового менталитета в отношении заботы о своем здоровье.

С целью выработки стратегии в сфере охраны здоровья населения Кемеровской области до 2010 года, определения путей и анализа хода реализации стратегии образован Медицинский совет Кемеровской области как координационный и консультативный межведомственный орган в системе охраны здоровья населения Кузбасса.

В структуре Совета создано 12 комитетов, рабочая группа при Президиуме Совета. Вся деятельность Совета строится на научном обосновании выбранных подходов, координацию которых осуществляет созданный в 2002 году Кузбасский научный центр СО РАМН (филиал).

Создание Совета позволило:

- осуществлять постановку задач на всех уровнях (субъект Федерации, муниципальный уровень, учреждение);
- разработать нормативные документы с учетом реальных возможностей на местах;
- обеспечить участие всех лиц, заинтересованных в охране здоровья населения, в выработке решений;
- создать функциональную вертикаль управления отраслью.

В данном случае имеется уникальная ситуация, когда общественная организация прямым образом влияет на политику управления здравоохранением региона.

Здравоохранение Кемеровской области всегда отличалось инновационной направленностью, в том числе в сфере организации и управления. Так, именно здесь был один из центров, где в середине 80-х годов зародилась идеология так называемого «нового хозяйственного механизма здравоохранения» (НХМ).

Переход на НХМ дал значительные результаты. Существенно повысилась структурная эффективность здравоохранения области. Так, число койко-дней на тысячу населения за годы действия НХМ снизилось на 19,5%, число коек на 10 тыс. населения – на 15,6%. При этом доступность и качество медицинской помощи повысились, о чем свидетельствует тот факт, что за этот период число жалоб населения сократилось почти в 2 раза.

Все это позволило Кемеровской области первой в России в 1992 году внедрить обязательное медицинское страхование (ОМС) населения.

В настоящее время система ОМС Кемеровской области действует в строгом соответствии с законо-

дательством. Страхование ведут несколько страховщиков, однако подавляющую часть населения страхуют три страховые организации.

В 1995 году в Кузбассе принят областной Закон «Об охране здоровья населения Кемеровской области», в котором впервые экономически обоснованные обязательства государства были определены в виде Программы государственных гарантий оказания населению бесплатной медицинской помощи, что было внедрено затем во всей стране.

В Кемеровской области Территориальная программа государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи принимается с 1997 года. Программа формируется на базе муниципальных заказов-заданий здравоохранения городов и районов области, а также планов-заданий для областных ЛПУ.

В области введена многоуровневая многоэтапная система оказания медицинской помощи. Она включает 11 500 алгоритмов медицинских технологий и позволяет оптимизировать маршруты пациентов и, соответственно, повысить структурную эффективность здравоохранения. В рамках муниципальных заказов-заданий на стационарную медицинскую помощь планируются объемные показатели – количество пролеченных больных этого профиля, среднее пребывание больного на койке по данному профилю в разрезе этапов. Зная утвержденные тарифы и эти объемные показатели, можно с достаточной точностью рассчитать финансовые средства, необходимые для муниципального заказа-задания на планируемый год по стационарной помощи.

Поликлиническая помощь финансируется на основе подушевых нормативов, утверждаемых в Территориальной программе государственных гарантий.

Планирование муниципальных заказов-заданий и планов-заданий областных ЛПУ представляет собой сложный процесс, опирающийся на базы данных о пролеченных больных в стационарах, едином регистре застрахованного населения области, систему Медстат, тарифы на медицинские услуги, прогнозируемый уровень госпитализации, уровень инфляции и т.д.

Впервые в практике здравоохранения России в Кузбассе начиная с 2001 года некоторые ЛПУ приступили к планированию и управлению на основе широко принятых в народном хозяйстве методов финансового менеджмента.

В 2003–2005 годах планируется создание нескольких межтерриториальных специализированных медицинских центров, концентрирующих лечение по передовым медицинским технологиям.

Развитие и расширение стандартов технологий диагностики, обследования, лечения, операций, а также стандартизация материально-технического обеспечения лабораторий, лечебных и хирургических отделений, обеспеченность квалифицированными медицинскими кадрами в конечном счете должны привести к достижению международных стандартов в рамках ISO 9000. Движение медицинских учреждений в этом направлении является одной из стратегических задач здравоохранения области.



В результате активной политики по реформированию здравоохранения Кузбасса за эти годы удалось переломить кризисную ситуацию по материнству и детству.

С 1999 года младенческая смертность снизилась в 1,4 раза, поздняя неонатальная смертность – в 1,7 раза и постнеонатальная смертность – в 1,5 раза.

Материнская смертность по сравнению с 1999 годом снизилась в 1,3 раза.

В реформировании здравоохранения Кузбасса играют активную роль передовые медицинские учреждения. Кемеровская областная клиническая больница – ведущее лечебно-профилактическое и организационно-методическое учреждение области. В настоящее время больница осуществляет высокоспециализированную квалифицированную помощь взрослым и детям. На базе больницы работают два межобластных специализированных центра – трансплантации органов и лечения врожденной патологии челюстно-лицевой области и три областных – аллергологический, профпатологический и сурдологический.

В последнее время приобретены компьютерный томограф фирмы «Филипс», передвижные рентгеноаппараты, рентгеновская диагностическая установка, современная диагностическая стойка для хирургических операций, наркозно-дыхательная аппаратура, фетальный кардиомониторинг и т.д.

В клинике хирургии широко используется эндоскопическая хирургия при лечении органов желудочно-кишечного тракта, патологии сосудов, почек и желез внутренней секреции.

Среди новых технологий – эндоваскулярная хирургия, новые протезы, пластические материалы для артериальных реконструкций, внедряются микрохирургические технологии при лечении патологии сосудов.

В клинике эндоурологии кузбассовцы могут получить высококвалифицированную помощь, основанную на современных западноевропейских технологиях при заболеваниях любого отдела мочевыводящих путей. При лечении мочекаменной болезни предпочтение отдается закрытым операциям, контактной или дистанционной литотрипсии. Эндоскопические методы хирургического лечения используются в оперативной гинекологии.

В лечении челюстно-лицевой травмы для регенерации костной ткани при атрофии челюсти используются титановые конструкции.

Широко используются микрохирургические технологии в нейрохирургии, имплантация шунтирующих систем при гидроцефалии, пересадка клеток мозга при заболеваниях нервной системы.

В лор-клинике эффективно применяется комплексное лечение тугоухости, в том числе микрохирургические слухоулучшающие операции.

Главным учреждением кардиологической службы области является Муниципальное учреждение «Кемеровский кардиологический диспансер» (ККД), созданное в 1990 году. В настоящее время ККД представляет собой уникальное лечебное учреждение с замкнутой технологической цепочкой, где помощь пациенту может быть оказана на всех этапах: амбулаторном, стационар-

ном (в отделениях терапевтического и хирургического профиля) и санаторном.

На протяжении последних четырех лет специализированная кардиологическая поликлиника ККД объединила все кардиологические приемы города. Это позволило значительно повысить «выявляемость» болезней органов кровообращения в Кемерове: по этому показателю областной центр стабильно на 50–60% опережает остальные территории.

Помощь регионам Кузбасса оказывает специальная мобильная бригада кардиодиспансера. Благодаря реализации программы ранней диагностики болезней сердца и сосудов в течение последних 2 лет удалось значительно повысить выявляемость болезней органов кровообращения на угольных предприятиях Кузбасса.

В терапевтических отделениях кардиодиспансера разработана и на протяжении последних лет успешно внедрена методика ускоренной реабилитации больных острым инфарктом миокарда, что дает значительный медицинский (снижение летальности, снижение инвалидизации больных) и экономический эффект (сокращаются сроки временной нетрудоспособности, выплаты в связи со стойкой утратой трудоспособности). Кардиодиспансер постоянно принимает участие в крупных международных многоцентровых исследованиях (например «Hero-2», «VALIANT» и пр.).

Хирурги ККД на протяжении последних лет освоили практически все виды оперативных вмешательств на сердце и сосудах. Число наиболее сложных и дорогостоящих операций – на «открытом» сердце благодаря оптимальному варианту финансирования (из средств областного и федерального бюджетов, средств территорий и обязательного медицинского страхования) увеличилось только за последние три года более чем в три раза. Регулярными стали стажировки наших врачей в ведущих кардиологических клиниках России и мира, а также визиты к нам известных зарубежных коллег.

Кемеровский кардиодиспансер традиционно славится в России и за ее пределами оригинальными разработками биологических протезов клапанов сердца и сосудов, получивших признание на российских и европейских научных форумах. Разработки сотрудников кардиодиспансера были удостоены престижной международной премии Лиллехая, Премии Правительства Российской Федерации. Благодаря созданному в кардиодиспансере серийному производству этих протезов сегодня ими пользуются во многих кардиохирургических центрах России и ближнего зарубежья.

Важным событием последних лет стало создание на базе кардиодиспансера Государственного учреждения «Научно-проблемная лаборатория реконструктивной хирургии сердца и сосудов», вошедшего в состав Сибирского отделения Академии медицинских наук России. Именно благодаря этому стало возможным получить помощь федерального бюджета в финансировании операций на сердце и в приобретении крайне необходимого оборудования для диагностики и лечения сердечно-сосудистой патологии. Так, в 2002 году в ККД поступил современный аппарат «Короскоп» стоимостью более



1,5 млн. долл. США, позволяющий значительно расширить объем помощи больным с ишемической болезнью сердца. На очереди – поставка нового рентгеновского оборудования и другой диагностической техники.

В 1993 году в Ленинске-Кузнецком был создан Государственный научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров. Центр оснащен современным медицинским, инженерным и технологическим оборудованием более 100 зарубежных фирм.

Сегодня это крупнейшее медицинское учреждение Кузбасса, призванное обеспечивать специализированную помощь шахтерам и членам их семей на территории Кемеровской области, Урала, Сибири и Дальнего Востока. В нем размещены 16 клинических отделений (500 коек) и две поликлиники – взрослая и детская. Около двухсот врачей, 3 заслуженных врача Российской Федерации, 9 докторов и 38 кандидатов медицинских наук ведут здесь лечебную и научную деятельность. Центр входит в состав Сибирского отделения Российской академии медицинских наук, сотрудничает с ведущими клиниками Европы.

Здесь разрабатываются и внедряются новейшие методы диагностики, оперативного и консервативного лечения травм, заболеваний опорно-двигательного аппарата, внутренних органов, профпатологии горняков.

В областном клиническом онкологическом диспансере внедрены следующие современные технологии:

- мегадозная химиотерапия у детей с острыми лейкозами;
- короткие, интенсивные курсы химиотерапии при некоторых злокачественных новообразованиях;
- органосохраняющие операции при начальных стадиях рака молочной железы.

Данные технологии соответствуют международным стандартам и имеют преимущества в сравнении со старыми методиками лечения. Значительно сокращаются сроки пребывания больных в стационаре. Клинический эффект современной химиотерапии отражается положительно на продолжительности и качестве жизни больных. В перспективе планируется установка линейного ускорителя.

В г. Кемерово на базе городского наркологического диспансера с 1997 года разработана и внедряется первая в Российской Федерации целостная система оказания многоуровневой диагностической и лечебно-реабилитационной наркологической помощи детям и подросткам. Для этого на основе разработанной администрациями города и области и утвержденной городским Советом народных депутатов программы открыта самостоятельная детско-подростковая наркологическая служба.

Амбулаторное звено представлено сетью автономных кабинетов наркологической и медико-психологической помощи, фактически представляющих собой небольшую поликлинику и расположенных в каждом районе города и двух крупных пригородных поселках города (всего 9 кабинетов).

Стационарная помощь детям и подросткам осуществляется в специально отстроенном лечебно-реабилитационном комплексе на 55 коек. Комплекс состоит

из отделения интенсивной терапии с «блоком детокса», оснащенного современным эфферентным оборудованием для проведения плазмофереза, гемосорбции, магнитной, ультразвуковой и лазерной обработки крови, и отделения активной терапии. Лечебный процесс в отделении построен на активном психотерапевтическом и реабилитационно-трудовом воздействиях, целью которых является сознательный отказ несовершеннолетних от употребления ПАВ. В стационаре применяются как традиционные (десенсибилизирующие, психотерапевтические), так и новейшие методы лечения психической зависимости. С 1998 года разработана и внедрена программа «Фламинго», основанная на принципах программы «12 шагов», основой которой является выздоровление в духовной сфере.

С 2000 года специалистами стационара, первыми в России, начато лечение наркозависимых препаратом «Антоксон», блокирующим «опиатные» рецепторы и способствующим становлению и поддержанию длительных ремиссий. В это же время освоен новейший метод терапии аддиктивных расстройств – компьютерное (электроэнцефалографическое) биоуправление, направленное на развитие и совершенствование механизмов саморегуляции физиологических функций при различных патологических состояниях.

Реабилитационное звено детско-подростковой наркологической службы представлено отделением социальной и медицинской реабилитации, созданным на базе учебно-производственного комплекса «Смена». Оно является экспериментальным и единственным в России, осуществляющим комплекс медицинских, воспитательных, правовых и трудовых мер, направленных на личностную реабилитацию детей и подростков, их ресоциализацию и реинтеграцию в общество.

Кемеровская городская клиническая больница №3 им. М.А. Подгорбунского является одним из крупнейших лечебных учреждений города и всего Кузбасса. Больница рассчитана на 760 коек. Основные профили: хирургия, травматология, ортопедия, нейрохирургия, пульмонология, гастроэнтерология.

За последние три года внедрено более 100 новых технологий в области травматологии, хирургии, акушерства и гинекологии, терапии, а также ежегодно внедряется до сорока шести новых методов диагностики и лечения. На сегодня ГКБ №3 одно из немногих ЛПУ области, где внедрены современные малоинвазивные технологии ассоциации осткосинтеза (Швейцария) в травматологии, лечение послеоперационных грыж брюшной стенки с использованием синтетического эксплантата производства США, микрохирургические операции в нейрохирургии (лечение остеохондроза, позвонковых грыж), малоинвазивные (малотравматичные) методы хирургических вмешательств (лапароскопические операции, вмешательства под визуальным контролем ультразвукового сканера, коррекция билиарной системы с помощью дуоденоскопа), современные сестринские технологии и многое другое. Все это позволило сократить среднее пребывание на койке до 11 дней и пролечить за год более 25 тыс. пациентов.



В состав больницы входят областной гепатологический (печеночный) центр, областной токсикологический центр, городской пульмонологический центр, старейший в городе Кемерово родильный дом.

В больнице работают высококвалифицированные кадры. Высшую категорию имеют более 41% врачей и более 36% среднего медперсонала, первую – почти 40% врачей и 15% среднего медперсонала.

В 1998 году сотрудниками больницы опубликовано 124 научные работы, в 1999 году – 150, в 2000 году – 280, в 2001 году – более 300. До 1998 года в больнице не было врачей-практиков с ученой степенью, сегодня 15 докторов имеют научную степень кандидата медицинских наук и один – доктора медицинских наук.

За четыре последних года врачи ГКБ №3 приняли участие в более чем 200 научных конференциях, семинарах, симпозиумах, съездах, в том числе и международных (Германия, Франция и т.д.).

Травматологи и ортопеды ГКБ №3 сотрудничают с Международной ассоциацией по изучению методов внутренней фиксации (АО/ASIF). В рамках контактов с АО/ASIF врачи больницы учились в Швейцарии, Австрии, Финляндии и других странах, выступали с лекциями о современных способах лечения переломов в Таллине (Эстония). Развивая взаимный обмен опытом, в 2001 году ГКБ №3 посетили, приняли участие в операциях и выступили с лекциями доктор А. Карлбауэр – медицинский директор травматологического госпиталя в Зальцбурге (Австрия) и доктор П. Бармет – врач ортопедического госпиталя в Берне (Швейцария). В 2000 году налажено сотрудничество с благотворительным фондом правительства Нидерландов. Ведутся переговоры о поставке медицинского оборудования и организации стажировок в больницах Голландии медицинских сестер ГКБ №3. В 2002–2003 годах в ГКБ №3 планируется внедрение технологии тотального замещения (эндопротезирование) коленного сустава.

Главной кузницей кадров является Кемеровская государственная медицинская академия – одна из самых крупных и известных за Уралом. В академии ведется целенаправленная работа по профессиональному отбору (додипломная подготовка). В структуре академии имеется 61 кафедра и 2 кафедры последипломной подготовки, преподавательская и научно-исследовательская работа ведется силами 474 сотрудников, в том числе 77 докторами медицинских наук, 250 кандидатами медицинских наук. Этот кадровый потенциал позволяет проводить и эффективную последипломную подготовку, в том числе организаторов здравоохранения. В академии работает 2 диссертационных совета (по 5 специальностям) по защите кандидатских и докторских диссертаций.

Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей – одно из старейших образовательных учреждений последипломного обучения медицинских работников не только в России,

но и в мире. В 2002 году он отмечает две юбилейные даты – 75-летие со дня основания и 50 лет со дня появления на Кузбасской земле.

В институте имеется 3 факультета: хирургический, терапевтический и медико-биологический, в состав которых входит 41 кафедра, Центральная научно-исследовательская лаборатория и в качестве структурного подразделения Прокопьевский НИИ травматологии и реабилитации.

Новокузнецкий институт усовершенствования врачей является национальным лидером в области разработки новых нейрохирургических методов лечения, использования материалов с эффектом памяти формы, определения влияния социальных и средовых факторов на состояние здоровья населения.

Институт является лидером по числу авторских свидетельств и патентов Российской Федерации: 7% от всех российских и около 30% кузбасских.

Институт усовершенствования врачей является дипломантом городских, областных, региональных и международных конкурсов. В 1998 году был награжден призом Европейского экономического сообщества «Золотой Меркурий», а в 2000 году получил Гран-при на Международной выставке в Токио «Гений-2000».

С 1999 года на основании Договора между Кемеровской областью и Правительством Республики Алтай институт выполняет актуальный научный проект по теме «Республика Алтай – экология человека среднегорья Сибири».

Лучшими из лучших по профессии по итогам Российского национального конкурса названы 2 сотрудника института, получившие первые места из 10 номинаций в 2002 году.

Кроме того, в стране широко известны НИИ социально-экономических проблем здравоохранения и некоммерческая организация «Сибирский фонд развития менеджмента социальной сферы и страхования», предоставляющая возможность получить второе высшее образование в сфере экономики и менеджмента здравоохранения и фармации.

В области работают два крупнейших в здравоохранении России медицинских информационно-аналитических центра, сосредоточивших уникальные персонализированные базы данных о пролеченных больных в медицинских учреждениях области, врачебных кадрах, а также медико-статистическую информацию за последние 10 лет, начиная с уровня ЛПУ и заканчивая региональным уровнем.

Такой потенциал системы охраны здоровья населения Кемеровской области позволяет утверждать, что цели и задачи, поставленные программой развития здравоохранения Кузбасса до 2010 года, будут выполнены и население области получит доступную, высококвалифицированную медицинскую помощь и надежную страховую защиту на случай болезни.

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ

НАЧАЛЬНИК ГЛАВНОГО
УПРАВЛЕНИЯ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
АДМИНИСТРАЦИИ
ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ,
К. М. Н.

Михаил Ефимович
Кощев



Система здравоохранения в Иркутской области представлена 155 больничными учреждениями, с коечным фондом круглосуточного пребывания 23 186 коек и числом коек дневных стационаров в больничных учреждениях – 1500, 36 диспансерами, в которых сосредоточено 3413 коек. Амбулаторно-поликлиническое звено представлено 91 самостоятельной поликлиникой и амбулаторией и 140 поликлиническими учреждениями, входящими в состав больничных учреждений. Число коек дневных стационаров в поликлиниках составило 958. В области функционировало 7 домов ребенка с 770 койками и 4 санатория с 295 койками (табл.1).

Удельный вес расходов на здравоохранение в консолидированном бюджете области составил в 2000 году – 12,1%, в 2001 году – 10,8%, в 2002 году – 15,0%. В 2002 году финансовые ресурсы здравоохранения области выросли по сравнению с 2001 годом на 1 670 457 тыс. руб. В расчете на жителя расходы на здравоохранение составили 2070 руб. и возросли по сравнению с 2001 годом на 54%, на рост данного показателя также повлияли демографическая ситуация в области, снижение численности населения. Среднемесячная заработная плата в муниципальных и государственных учреждениях здравоохранения области в расчете на 1 должность составила 2484 руб., на физическое лицо – 3727 руб. при величине прожиточного минимума 1915 руб.

АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКАЯ И ПЕДИАТРИЧЕСКАЯ СЛУЖБА

Величина и динамика показателя перинатальной смертности являются объективными критериями для оценки влияния медицинских, биологических и социальных факторов на здоровье беременных женщин и новорожденных детей. Они зависят от состояния системы антенатальной охраны плода, уровня оснащения акушерских стационаров и качества медицинской помощи в них. За последние 10 лет показатель перинатальной смертности в Иркутской области снизился на 35,8%, в том числе мертворождаемости – на 23,9%, ранней неонатальной смертности – на 47,3% (табл. 2).

Отмечается снижение показателя материнской смертности: со 116,5 на 100 тыс. живорожденных в 1992 году до 32,9 в 2002 году (рис. 1). В 2002 году не регистрировалась смертность при искусственных абортах, отмечается устойчивая тенденция к снижению материнской смертности от абортотворения вне ЛПУ, акушерских кровотечений и гестозов. В результате работы, проводимой органами управления здравоохранения, учреждениями здравоохранения в области охраны репродуктивного здоровья женщин, отмечается стойкая тенденция к снижению абортотворения. Значительно снизилось число криминальных абортотворений, имеется тенденция к снижению абортотворения по социальным показаниям – в структуре абортотворения в 2002 году они составили 2,8%.

В последние годы наблюдается устойчивая тенденция к снижению младенческой смертности: с 21,3 на 1000 родившихся живыми в 1999 году до 15,4 в 2002 году. С 1995 года существенно снизился показатель смертности детей с врожденными аномалиями благодаря проведению мониторинга врожденных пороков развития и совершенствованию хирургической помощи новорожденным. Значительное снижение смертности прослеживается за последние два года в городах Ангарске, Братске, Черемхово, Братском, Черемховском и Чунском районах. С 1999 года главным управлением здравоохранения области проводится экспертная оценка всех случаев смерти детей. Для отдаленных

Таблица 1

СЕТЬ И СТРУКТУРА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ

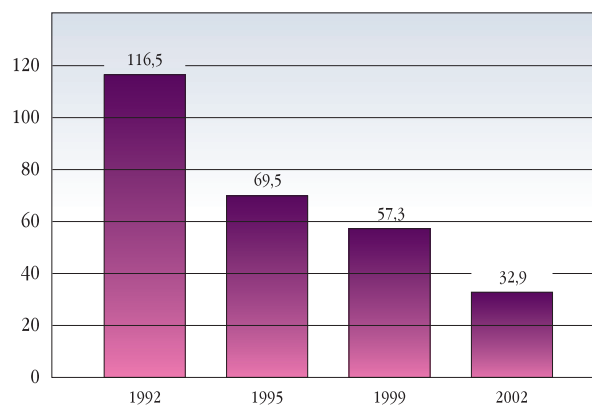
Лечебно-профилактические учреждения	2000	2001	2002
Больничные учреждения	154	155	155
Число коек	23534	23474	23186
Диспансеры	29	30	36
Число коек	3590	3450	3413
Всего коек	27124	26924	26599
Число коек в дневных стационарах в поликлиниках	824	839	958
Число коек в дневных стационарах в больничных учреждениях	1528	1153	1500
Самостоятельные поликлинические и амбулаторные учреждения	95	95	91
Поликлинические учреждения, входящие в состав больничных учреждений	141	140	140
Здравпункты врачебные	2	2	2
Здравпункты фельдшерские	76	74	51
Фельдшерско-акушерские пункты	629	631	631
Число домов ребенка	5	6	7
Число коек	620	620	770
Число санаториев	4	4	4
Число коек	295	305	295

территорий области, не имеющих гистологической лаборатории, организовано гистологическое исследование материалов по всем случаям смерти детей первого года жизни на базе областного патолого-анатомического бюро, что способствовало улучшению морфологической диагностики и повышению качества верификации причин смерти.

Важной характеристикой состояния здоровья детского населения является инвалидность. За 2000–2002 годы в Иркутской области показатель впервые установленной инвалидности у детского населения снизился на 43,9%. Причем наиболее интенсивное снижение наблюдалось среди девочек (на 46,8%). Среди мальчиков темп снижения данного показателя составил 41,9%. Различия по полу в уровнях показателя имели следующие значения в 2002 году: у мальчиков установленная инвалидность регистрировалась на 32,5% больше, чем у девочек. Показатели общей инвалидности в динамике также проявляли тенденцию к снижению (темп снижения составил 31,8%): по полу снижение составило среди мальчиков 31,4%, среди девочек – 31,7%. Показатель общей инвалидности по полу имел различия в 2002 году: у мальчиков уровень показателя на 25,8% был выше, чем у девочек.

Ежегодно педиатрической службой обновляется социальный паспорт педиатрических участков и проводятся патронажи семей высокого медико-социального риска.

1



ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЯ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ В ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ (ЧИСЛО УМЕРШИХ ЖЕНЩИН ОТ ОСЛОЖНЕНИЙ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ И ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА НА 100 000 РОДИВШИХСЯ ЖИВЫМИ)

С 2000 года проводится капитальный ремонт Иркутской областной детской клинической больницы, на который областной администрацией выделено 45,89 млн. руб. На приобретение оборудования для ОДКБ в 2000 году было выделено 1,115 млн. руб., в 2001-м – 5,132 млн. руб., в 2002-м – 7,982 млн. Согласно действующей областной целевой программе «Безопасное материнство» родильные дома области и стационары для новорожденных обеспечиваются необходимым реанимационным оборудованием, объем финансирования областной целевой программы в 2002 году составил 10,7 млн. руб.

Развивается новое направление в организации и оказании медицинской помощи детскому населению – телемедицина. В 2002 году проконсультировано 60 детей (проведена 31 очная и 29 заочных консультаций), 20 детей по заключению консультантов направлено на дальнейшее лечение за пределы области, экономический эффект от внедрения данной технологии составил 1,58 млн. руб. В 2002 году в учреждения федерального подчинения направлен на лечение 441 ребенок, формируется регистр детей, нуждающихся в высокотехнологичной медицинской помощи. Для снижения детской смертности от онкогематологических и онкологических заболеваний организовано обеспечение детей цитостатиками и препаратами сопроводительной терапии.

Специалистами областной детской клинической больницы за 2002 год осуществлено 34 выезда специалистов в 15 районов области для оказания организационно-методической и консультативной помощи, осмотрено более 17 тыс. детей. Кроме этого, осуществлено 77 выездов, связанных с оказанием экстренной и неотложной помощи, проведено 18 экстренных операций в районах области. Охват территорий выездной работой составил 88%. В 2002 году на базе Иркутского областного диагностического центра получили квалифицированную медицинскую помощь 13 008 детей в возрасте от 0 до 18 лет. С 2000 года в бюджете главного управления здравоохранения предусматривается выделение средств для финансирования дорогостоящих видов медицинской помощи в учреждениях здравоохранения областного подчинения. В 2000



Таблица 2

**ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЯ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ ЗА ПЕРИОД 1992–2002 ГОДОВ
(НА 1000 РОДИВШИХСЯ ЖИВЫМИ И МЕРТВЫМИ)**

Показатели	Годы				
	1992	1995	1999	2002	
Перинатальная смертность, <i>в том числе:</i>					
	Иркутская обл.	17,9	14,5	14,1	11,9
	РФ	17,6	16,1	14,2	12,1
мертворождаемость	Иркутская обл.	8,8	7,7	7,6	6,6
	РФ	8,4	7,6	7,2	6,4
ранняя неонатальная смертность	Иркутская обл.	9,1	7,4	6,6	5,4
	РФ	9,2	8,4	7,0	5,7

году на эти цели было выделено 10 млн. руб., в 2001-м – 15 млн., в 2002-м – 20 млн. руб. 50% средств израсходовано для оказания медицинской помощи детям.

**СОСТОЯНИЕ И РЕАЛИЗАЦИЯ
ЦЕЛЕВЫХ МЕДИЦИНСКИХ ПРОГРАММ
В ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ**

Главным управлением здравоохранения администрации Иркутской области уделяется большое внимание развитию программно-целевого метода управления как одной из основных форм проведения единой государственной политики в здравоохранении области. Данная работа проводится по трем основным направлениям:

1. Разработка и реализация областных целевых медицинских программ.
2. Работа с Минздравом России по привлечению в область федеральных инвестиций в рамках федеральных целевых программ.
3. Работа с муниципальными образованиями области по разработке и реализации муниципальных целевых медицинских программ.

Общая ситуация по первому направлению (разработка и реализация областных медицинских программ) выглядит следующим образом: до 1997 года было 4 программы, общее финансирование которых составило менее 1% от плана; в 2000 году – 9 программ, финансирование 100% – 42 млн. руб., в 2001 году – 11 программ, финансирование – 57,6 млн. руб. В 2002 году реализовывалось 12 программ, финансирование составило 72,4 млн. руб., или 100,0% от плана. В 2003 году – 9 программ, финансирование – 83 млн. руб.

Второе направление – реализация федеральных целевых программ за 3 года (с 1995 по 1997 год) составила около 4 млн. руб., в 2000 году объем инвестиций из Федерации составил уже 47 млн. руб., в 2001 году – 65,2 млн. руб. В 2002 году Иркутская область участвовала во всех федеральных медицинских программах, с при-

влечением средств федерального и территориального фондов обязательного медицинского страхования, в область поступило оборудования, медикаментов, расходных материалов и др. на сумму свыше 120,0 млн. руб.

Третье направление работы главного управления здравоохранения – помощь в разработке и реализации муниципальных целевых программ. До 1998 года – муниципальные программы действовали только в трех крупных муниципальных образованиях (Иркутск, Ангарск, Братск) с общим объемом финансирования 9 млн. руб. в год.

В 2000 году муниципальные программы реализовывались уже в 35 из 37 муниципальных образований области, с общим финансированием 29,5 млн. руб., в 2001 году финансирование составило 46,6 млн. руб. В 2002 году финансирование программ из муниципальных бюджетов составило 34,0 млн. руб., что объясняется увеличением выплат на заработную плату. Необходимо отметить, что основная часть муниципальных образований области согласовывает проекты разрабатываемых программ с главными специалистами управления здравоохранения и отчитывается по их выполнению. В пределах 60–75% ресурсов, выделяемых по федеральным и областным целевым программам, направляется в муниципальное здравоохранение.

Структурное построение большинства областных целевых медицинских программ выглядит следующим образом:

- Профилактические мероприятия.
- Укрепление материально-технической базы (приобретение оборудования, расходных материалов, медикаментов).
- Внедрение новых медицинских технологий.
- Подготовка кадров.

**РЕЗУЛЬТАТЫ, ДОСТИГНУТЫЕ
ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ПРОГРАММ**

«Неотложные меры борьбы с туберкулезом».

В 2002 году профинансирована на 28,9 млн. руб. Всего в результате реализации целевых противотуберкулезных программ с 1999 года 75% противотуберкулезных



учреждений Приангарья улучшили свою материально-техническую базу. Закуплено и обновляется лабораторное, функциональное, хирургическое оборудование. В 2002 году удалось добиться снижения общей заболеваемости туберкулезом на 15%, среди детей – на 25%.

Программа «Анти-ВИЧ/СПИД». В 2002 году профинансирована на 26,0 млн. руб. Основным результатом реализации программы является снижение заболеваемости на 21% по сравнению с предыдущим годом. Благодаря реализации программы «Анти-ВИЧ/СПИД» удалось минимизировать число случаев внутрибольничного инфицирования. Опыт работы по реализации федеральной, областной и муниципальных программ «Анти-ВИЧ/СПИД» лег в основу Концепции здравоохранения Иркутской области по противодействию распространения ВИЧ-инфекции, которая, в свою очередь, была одобрена Минздравом России.

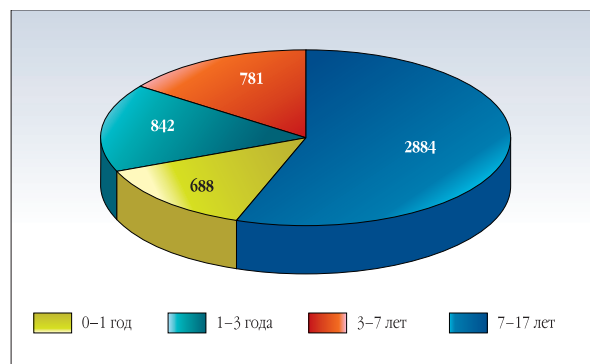
«Безопасное материнство». В 2002 году профинансирована на 35,0 млн. руб. Внедрены технологии респираторной терапии у новорожденных, что позволило значительно улучшить качество лечения детей. Удалось добиться снижения младенческой смертности с 16,7 в 2001 году до 12 на 1000 родившихся в 2003 году. За счет средств программы проводился мониторинг врожденных пороков развития, неонатальный скрининг на врожденный гипотиреоз, фенилкетонурию, с охватом обследования 98%. Внедрены современные методы перинатальной диагностики – кордоцентез (забор крови из пуповины плода с последующим цитогенетическим исследованием).

«Сахарный диабет». В 2002 году профинансирована на 22,9 млн. руб. Результаты выполнения областной программы следующие: обеспечены человеческими инсулинами, средствами их введения дети и подростки области. Бесперебойное снабжение этой категории больных высококачественными инсулинами сказалось на улучшении качества их жизни. У детей на 35% снизилось число осложнений кетоацидозом, на 50% – пролиферативной ретинопатией, катарактой, редко регистрируются такие осложнения, как синдром Мориака, некробиоз кожи. В течение года большинство детей и подростков и их родители прошли обучение в школах при ЛПУ здоровому образу жизни, методам самоконтроля, диете и двигательному режиму.

«Вакцинопрофилактика». В 2002 году профинансирована на 27,9 млн. руб. Данная программа носит исключительно профилактическую направленность. Реализация программы позволила снизить заболеваемость с 1999 года: дифтерией – на 37%, корью – в 11 раз, клещевым энцефалитом – на 61%, гепатитом В – на 30%. Среди привитых от краснухи не отмечено случаев заболевания. Организована вакцинация от гемofilной инфекции среди детей, родившихся от ВИЧ-инфицированных матерей, детей, оставшихся без попечительства родителей, внедряются новые технологии вакцинопрофилактики среди «группы риска».

«Меры по улучшению организации медицинской помощи онкологическим больным». В 2002 году профинансирована на 35,4 млн. руб. Внедрены новые технологии в диагностику и лечение онкологических больных.

2



ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БЕСПРИЗОРНЫМ И БЕЗНАДЗОРНЫМ ДЕТЯМ НА ТЕРРИТОРИИ ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ ПО ВОЗРАСТНЫМ ГРУППАМ (чел.)

Завершен первый этап внедрения ракового регистра на территории Иркутской области. Проведенные мероприятия в рамках программы позволили снизить общую онкозапущенность на 1%, увеличить на 10% количество больных, выявленных в I–II стадии заболевания. Оказана поддержка 3 межрайонным онкологическим диспансерам городов Ангарск, Братск, Усолье-Сибирское в части обеспечения химиопрепаратами.

«Профилактика внутрибольничных инфекций». Объем финансирования в 2002 году составил 6,0 млн. руб. Внедрены современные методы эпидемиологической и лабораторной диагностики, лечения ВБИ, проводилась иммунизация медицинского персонала, относящегося к «группе риска», против вирусного гепатита В, краснухи. Использование современных средств микробиологической диагностики и дезинфекции, по данным официальной статистики, сократило развитие гнойно-септических осложнений послеоперационного периода при плановых операциях на 21,9%, что снизило траты на лечение примерно на 200,0–260,0 тыс. руб.

«Развитие кардиохирургической службы в Иркутской области». В 2002 году профинансирована на 7,5 млн. руб. Благодаря осуществленным в рамках программы мероприятиям по переоснащению кардиохирургического центра и обучению врачей в 2002 году было выполнено самое большое за всю историю центра число кардиохирургических операций в целом – 529. С использованием новой аппаратуры, приобретенной по программе, начато выполнение первых в г. Иркутске операций при аневризме восходящей аорты, протезирование сердечных клапанов биологическими протезами, многоклапанное протезирование, репротезирование клапанов. Начато выполнение кардиохирургических операций с искусственным кровообращением у детей в возрасте до 1 года, и увеличилось количество оперированных детей до 3 лет.

«Профилактика и лечение артериальной гипертонии». В 2002 году профинансирована на 7,7 млн. руб. В рамках программы на базе ЛПУ городов Иркутска, Саянска, Братска, Заларинского, Братского, Иркутского районов созданы и начали работу кабинеты артериальной гипертонии. Ведется создание регистра больных инсуль-



том, больных артериальной гипертензией. Создан регистр детей и подростков с артериальной гипертензией. На базе НИИ педиатрии создан организационно-методический центр профилактики артериальной гипертензии в детском возрасте. Приобретено современное кардиологическое оборудование для территорий Иркутской области и областных лечебно-профилактических учреждений.

«Медико-социальные мероприятия по ликвидации последствий пожара на АО «Иркутсккабель».

В 2002 году профинансирована на 5,6 млн. руб. Работа по данной программе представляет собой комплекс межведомственных мероприятий, в решении которых принимают участие областные государственные учреждения здравоохранения, медицинская служба УВД, служба МСЭ, УПС, Институт педиатрии и репродукции человека ВСНЦ СО РАМН, институт медицины труда и экологии человека. Проведены углубленное стационарное обследование, экспертиза связи заболевания с профессией и лечение участников ликвидации пожара на ОАО «Иркутсккабель». По результатам исследований разработана и внедрена 3-этапная система медицинской реабилитации пожарных.

«Развитие и совершенствование службы медицины катастроф». Программа действует на территории области с 2000 года. В этот же период было создано учреждение нового типа: областный центр экстренной медицинской помощи и медицины катастроф. В 2002 году финансирование программы составило 2 млн. руб. Приобретены три реанимобиля. Совершенствование средств связи и оповещения позволило улучшить сбор оперативной информации с районов области, а также внедрить мобильные пункты телемедицины для проведения телеконсультаций врачей выездных бригад. Основным результатом программы – это своевременное и качественное проведение мероприятий по ликвидации медицинских последствий ЧС. В 2002 году выполнено более 1000 санзаданий.

РАЗВИТИЕ ТЕЛЕМЕДИЦИНЫ

Развитие телемедицины является неотъемлемой частью единой государственной политики, проводимой администрацией Иркутской области в здравоохранении. В этой связи большое внимание уделяется развитию высоких технологий во всех направлениях современной медицины. Создана уникальная оптоволоконная информационная сеть, охватывающая даже отдаленные север-

ные территории области. Данная сеть обеспечила стартовые возможности здравоохранению для осуществления прорыва в мировое информационное пространство. В этой связи развитие телемедицины в Иркутской области явилось интегрирующим фактором внедрения и использования высоких технологий в здравоохранении.

В 2000 году началась работа по организации телемедицинского терминала на базе Иркутского областного диагностического центра. В течение 1,5 года данный терминал был оснащен самым современным оборудованием. Необходимость создания и развития телемедицинской сети обусловлена необходимостью удовлетворения потребности населения области в высококвалифицированной и специализированной медицинской помощи. Многие муниципальные образования находятся на значительном удалении от крупных лечебных баз и имеют слабую материально-техническую и кадровую базу собственного здравоохранения. В настоящее время завершена подготовка технического проекта по созданию телемедицинской сети Иркутской области. Проводится оснащение телемедицинского терминала в областной клинической больнице, подготовлен технический проект по созданию телемедицинской сети, включающей в себя областную детскую клиническую больницу, областную онкологический диспансер, а также ЛПУ в 7 городах области: Шелехове, Ангарске, Усолье-Сибирском, Слюдянке, Саянске, Тайшете, Братске.

Одним из важнейших направлений в работе по развитию телемедицины в Иркутской области является организация телеконсультаций нуждающихся больных из Иркутской области в ведущих клиниках страны и зарубежья. Об актуальности этой работы говорит тот факт, что ежегодно в ведущие клиники страны главным управлением здравоохранения области направляется около 250 человек. В 2002 году проконсультировано 111 больных, это обеспечило экономии средств для бюджета области в сумме 3,5 млн. руб. при затратах на телеконсультации 780 тыс. руб. Выполнение телемедицинских консультаций в детской кардиохирургии способствовало значительному повышению эффективности использования федеральных квот, выделенных Иркутской области. В 2002 году количество направлений по данному виду помощи за пределы Приангарья по сравнению с прошлыми годами выросло в три раза. Если говорить об экономической составляющей, то только консультации по детской кардиохирургии в 2001–2002 годах позволили направить пациентов за счет федеральных квот на сумму в 4 млн. рублей.

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БУРЯТИЯ

МИНИСТР
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ
БУРЯТИЯ
Валерий Вениаминович
Кожевников



Республика Бурятия расположена в южной части Восточной Сибири, граничит с Иркутской и Читинской областями, Республикой Тыва, Монголией. С запада она омывается озером Байкал. Входит в состав Сибирского федерального округа (СФО) и занимает 351,3 тыс. кв. км, или 6,9% от территории СФО.

Столица республики – г. Улан-Удэ, расстояние от которого до районных центров варьирует в пределах 29–1025 км.

В республике 21 административный район, 3 города, а также 32 поселка и 611 сел, которые находятся от районных центров на расстоянии от 3 до 260 км.

По темпам развития отраслей экономики и социальной сферы Республика Бурятия в 2002 году занимала третье место среди регионов Сибирского федерального округа.

Климат в Бурятии резко континентальный – с холодной зимой (средняя температура -22 градуса) и жарким летом (средняя температура +18,5 градуса), среднегодовая температура – 1,6 градуса. В год выпадает в среднем 244 мм осадков.

Природный ландшафт преимущественно горный, покрытый лесами. Более половины площади республики занимают районы Крайнего Севера и приравненные к ним местности.

ОСНОВНЫЕ МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

В 2002 году население республики уменьшилось на 0,6% и к началу 2003 года насчитывало 1013,5 тыс. человек (около 5% населения СФО), из которых 59,7% – горожане и 40,3% – жители села, мужского населения – 47,9% и женского – 52,1%. Плотность населения – 2,9 человека на кв. км.

В общей численности населения удельный вес детей (0–15 лет) составляет 22,3% (2000 год – 24,9%), трудоспособного возраста – 62,7% (2000 год – 60,1%) и в возрасте старше трудоспособного – 15,0%.

Показатель общей смертности населения увеличился с 13,5 в 2001 году до 14,1‰ в 2002 году. И несмотря на возросший уровень рождаемости до 12,6‰ (11,4 в 2001 году), остался отрицательным естественный прирост населения – 1,5 (2,1 – в 2001 году), который отмечен в 11 районах и г. Улан-Удэ.

Основными причинами смерти населения остаются болезни системы кровообращения (44,9%), травмы и отравления (27,2%), злокачественные новообразования (11,7%). Среди лиц трудоспособного возраста – травмы и отравления (53,1%), болезни системы кровообращения (21,7%), злокачественные новообразования (9,2%). В этом возрасте смертность мужчин втрое выше, чем у женщин.

В последние 2 года наблюдается тенденция к снижению уровня материнской смертности: в 2000 году он составил 85,8, в 2001 году – 34,2 и в 2002 году – 31,1 на 100 тыс. родившихся живыми. Снижился в 2002 году по сравнению с предыдущим годом уровень младенческой смертности с 18,9 до 16,3 на 1000 новорожденных.

Ухудшение качества жизни и здоровья привело к снижению показателя ожидаемой продолжительности жизни до 62,1 года (мужчины – 56,1 и женщины – 69,1 года) в 2002 году против 67,6 года (мужчины – 62,4 и женщины – 72,8 года) в 1990 году.

1



ДЕТСКАЯ РЕСПУБЛИКАНСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА. КОРПУС

Общая заболеваемость населения в 2002 году увеличилась по республике на 9,1%, в г. Улан-Удэ – на 8,4%, в сельских районах – на 11,2%. Первые три места в структуре общей заболеваемости населения приходятся на болезни органов дыхания, системы кровообращения и органов пищеварения.

На 8,9% увеличилась первичная заболеваемость, в том числе в сельских районах на 10,4%, в г. Улан-Удэ – на 7,8%. В структуре первичной заболеваемости населения преобладают болезни органов дыхания, травмы и отравления, болезни органов пищеварения.

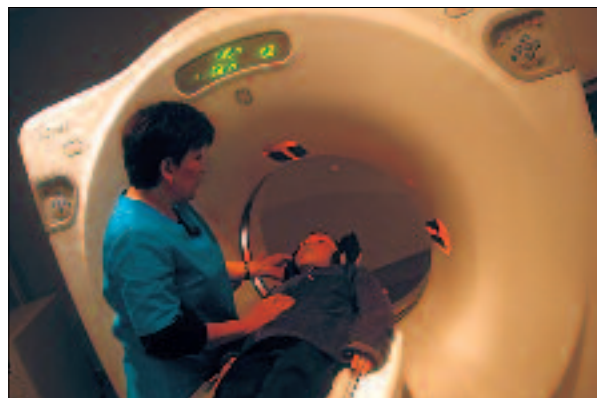
Неблагополучно здоровье детей и подростков, выявленное в рамках Всероссийской диспансеризации. Из числа осмотренных практически здоровы 32,2%, 49,6% обследованных имеют те или иные функциональные отклонения, а 18,2% – хронические заболевания. Среди них самые распространенные заболевания – это болезни органов пищеварения, эндокринной и костно-мышечной систем.

Заболеваемость злокачественными новообразованиями снизилась в 2002 году до 236,1 на 100 тыс. населения (2001 год – 249,7). Отрицательные социально-экономические факторы в обществе сохраняют тенденцию роста психических расстройств. За отчетный период первичная заболеваемость психическими расстройствами увеличилась в 1,3 раза, в том числе психозами в 1,5 раза, непсихотическими расстройствами – в 1,5 раза.

Одной из серьезных медико-социальных проблем остается алкоголизация населения, распространение наркомании. В 2002 году увеличились показатели заболеваемости психическими расстройствами, связанными с употреблением алкоголя, на 18,1%, а с употреблением наркотических средств – на 11,5%. Число госпитализированных больных с алкогольным отравлением было в 1,3 больше, чем в 2001 году. Умерло от отравления алкоголем 863 человека против 573 в 2001 году.

Высока инфекционная заболеваемость, включая социально значимые болезни. В последние годы проблемой в весенне-летний период становится клещевой энцефалит. По уровню заболеваемости республика в 2001 году занимала 8-е место среди 15 самых неблагополучных регионов страны. За 2002 год заболеваемость клещевым энцефалитом увеличилась на 3,8%.

2



ДЕТСКАЯ РЕСПУБЛИКАНСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА. ТОМОГРАФИЯ

Сложна эпидемиологическая ситуация по туберкулезу, заболеваемость которым в 2002 году увеличилась до 143,5 на 100 тыс. населения против 132,1 в 2001 году. Отмечен рост заболеваемости у детей, составивший 50,0 на 100 тыс. детского населения (в 2001 году – 43,8).

За 2002 год зарегистрировано 374 ВИЧ-инфицированных, что на 282 случая меньше, чем в 2001 году. Среди подростков выявлено 27 ВИЧ-инфицированных против 47 в 2001 году. Кумулятивное число ВИЧ-инфицированных на 1.01.2003 года составило 1776 человек.

Если за 2002 год заболеваемость вирусным гепатитом А выросла в 1,8 раза (среди детей в 1,6 раза), то заболеваемость вирусными гепатитами В и С сохранилась на прежнем уровне.

Несмотря на снижение заболеваемости сифилисом на 15%, показатель (165,0 на 100 тыс. населения) превышает среднероссийский уровень. На 7,5% выросла заболеваемость гонореей.

Возросло среди всех категорий населения число лиц, впервые признанных инвалидами (63,2 на 10 тыс. населения против 61,2 в 2001 году). Рост отмечен в 14 районах республики. Основными причинами первичного выхода на инвалидность были болезни системы кровообращения, травмы и злокачественные новообразования.

МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ НАСЕЛЕНИЮ И РЕСУРСЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Развитие медицинской помощи жителям республики, улучшение показателей естественного движения населения осуществляется в рамках реализации мероприятий «Концепции развития и реформирования социальной сферы Республики Бурятия» (2001–2010 годы) и «Концепции демографического развития Республики Бурятия на период до 2010 года».

С 2002 года реализуется «Программа социально-экономического развития Республики Бурятия на 2002–2004 годы». Приоритетными направлениями в сфере здравоохранения определены: дальнейший перевод части объемов медицинской помощи из боль-



3



РЕСПУБЛИКАНСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА
ИМ. Н.А. СЕМАШКО. ПУЛЬСОВАЯ ДИАГНОСТИКА

ничного сектора во внебольничный, внедрение современных медицинских технологий и улучшение ресурсного потенциала, усиление профилактической направленности, формирование здорового образа жизни.

По состоянию на 1 января 2003 года в системе здравоохранения Республики Бурятия функционировало 28 республиканских, 182 муниципальных ЛПУ. Среди них 190 амбулаторно-поликлинических учреждений на 18 556 посещений в смену. Госпитальная помощь оказывалась в 114 больницах на 9275 коек, из них 86 стационаров на 4463 койки в сельской местности. Сеть лечебных учреждений в сельской местности представлена 21 центральной районной больницей, 51 участковой больницей, 72 врачебными амбулаториями, 360 фельдшерско-акушерскими пунктами. В республике зарегистрировано 39 частных предприятий и 78 индивидуальных предпринимателей, занимающихся медицинской и фармацевтической деятельностью. Для подготовки учреждений здравоохранения к оказанию медицинской помощи населению при чрезвычайных ситуациях с 2002 года самостоятельно функционирует территориальный Центр медицины катастроф.

Обеспеченность населения койками из расчета на 10 тыс. человек составила в 2002 году 102,1 (101,2 в 2001 году). Улучшились показатели эффективности использования коечного фонда: средняя работа койки за 2002 год составила 306,2 против 297,3 в 2001 году, увеличился оборот койки – 21,6 (в 2001 году – 20,1), уменьшилась средняя длительность пребывания больного на койке – 14,2 (в 2001 году – 14,8).

За 2002 год дополнительно развернуто в дневных стационарах при амбулаторно-поликлинических учреждениях 67 коек, и их общее число составило 708, из них на селе – 501 (455 в 2001 году). Пролечено в дневных стационарах 42 530 больных по сравнению с 32 856 в 2001 году.

Продолжалась работа по переходу к организации первичной помощи по принципу врача общей практики. В амбулаторно-поликлинической сети работает 59 из 72 подготовленных врачей общей практики.

В учреждениях системы Министерства здравоохранения трудятся 2956 врачей, 8443 средних медицинских

4



ТЕЛЕМЕДИЦИНА

и 61 фармацевтический работник. Обеспеченность врачами на 10 тыс. населения составила 32,5 против 32,0 в 2001 году, средними медицинскими работниками – 93,0 против 90,0 в 2001 году. Обеспеченность врачами в сельских районах составила 15,2 на 10 тыс. населения.

В 2002 году прошли аттестацию 432 врача. Число аттестованных врачей достигло 70,5% (2001 год – 69,2%) и средних медицинских работников – 65,3% (2001 год – 62,1%). Укомплектованность врачами составила 62,9% (село – 57,6%), в том числе педиатрами – 58,0%, анестезиологами-реаниматологами – 55,7%, хирургами – 63,8%, акушерами-гинекологами – 64,1%, терапевтами – 65,1%, психиатрами – 68,6%. Укомплектованность средними медицинскими работниками – 79,4%, в сельской местности – 87,6%.

В целях улучшения кадровой ситуации продолжена работа по целевому набору студентов с РГМУ и ММСУ (Москва), медицинскими университетами (Иркутск, Томск), медицинскими академиями (Благовещенск, Чита, Красноярск, Новосибирск) и Фармацевтической академией (Пермь), а также с медицинским факультетом Бурятского государственного университета, утверждена отраслевая целевая программа «Медицинские кадры на 2003–2005 годы». Для подготовки высококвалифицированных кадров направлено в аспирантуру 10 и докторантуру 3 врача. В г. Улан-Удэ работают кафедры терапии, традиционной медицины, фитотерапии, организации сестринского дела Иркутского института усовершенствования врачей.

Одним из главных факторов повышения качества медицинской помощи является внедрение в клиническую практику новых методов диагностики, лечения. Так, в Республиканской клинической больнице им. Н.А. Семашко, Детской республиканской клинической больнице получили развитие имплантация электрокардиостимуляторов, ангиокардиография, эндоваскулярная и эндоскопическая хирургия, ультразвуковая диагностика, гемодиализ, эндопротезирование крупных суставов, методы цитофлуориметрической оценки иммунного статуса и ДНК-диагностики (ПЦР), оперативные методы лечения в центре амбулаторной хирургии, новые методы лекарственного лечения, методы лучевой диагностики (КТ, МРТ), диагностика неврологических





РЕСПУБЛИКАНСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА
ИМ. Н.А. СЕМАШКО. ОПЕРАЦИОННАЯ

расстройств у новорожденных и детей первого года жизни, инвазивная диагностика врожденных пороков развития. Республиканским телемедицинским центром, созданным в апреле 2001 года на базе Детской республиканской больницы, организовано и проведено 457 консультаций, 21 лекция и 12 конференций ведущими специалистами федеральных медицинских центров.

Решением Координационного совета по здравоохранению в Сибирском федеральном округе и Президиума СО РАМН созданы филиалы научных институтов педиатрии и репродукции человека, хирургии, травматологии и ортопедии Восточно-Сибирского научного центра (Иркутск), медицинской генетики Томского научного центра.

Развивается система, сочетающая достижения современной медицинской науки и рациональный опыт традиционной тибетской медицины. С 1989 года функционирует Центр восточной медицины, являющийся уникальным межрегиональным центром в Сибирском федеральном округе по оказанию медицинских, оздоровительных и лечебно-туристических услуг. Врачи центра совместно со специалистами Отдела биологически активных веществ НИИ общей и экспериментальной биологии СО РАН (Улан-Удэ) участвуют в разработке фитопрепаратов, производят оздоровительные средства и БАД.

Приоритетом органов и учреждений здравоохранения республики с 1999 года является реализация Программы государственных гарантий оказания населению бесплатной медицинской помощи. Нормативы объемов амбулаторно-поликлинической помощи исполнены с превышением по сравнению с 2001 годом: число посещений на 1000 населения составило 7886,9 против 7325,9, число дней лечения в дневных стационарах – 574,8 (348,7). Число койко-дней стационарной помощи составило 2868 (2001 год – 2885), число вызовов скорой медицинской помощи – 306 (301,8 в 2001 году).

Ежегодное принятие Программы госгарантий наметило позитивные сдвиги в финансировании отрасли. За 2002 год Программа профинансирована на 86,4% от потребности (2194,0 млн. руб.) и на 100,3% от утвержденной стоимости. Для реализации Программы в районах ассигно-

вано 94% средств от потребности (837,6 млн. руб.), в г. Улан-Удэ 71,7% от потребности (603,4 млн. руб.) и республиканским ЛПУ выделено 86,7% от потребности (650,4 млн. руб.). Если в 1999 году дефицит Программы был равен 37%, то в 2001 году он сократился до 29%, а в 2002 году – до 14%.

Основным источником финансирования Программы остаются бюджетные средства, на долю которых приходится 76,4%, или 1447,8 млн. руб. Из них направлено:

- 852,7 млн. руб. на финансирование социально значимых видов медицинской помощи, бесплатное и льготное лекарственное обеспечение, дорогостоящие виды лечения и другие затраты на поддержание системы здравоохранения;
- 595,1 млн. руб. на платежи обязательного медицинского страхования неработающего населения. Средства работодателей составили 447,0 млн. руб., или 23,6% от общего объема финансирования Программы.

Подушевое финансирование из расчета на одного жителя составило 1856,4 руб. при нормативе 2149,5 руб. Причем среди сельских районов имеет место существенное различие подушевых расходов на отрасль – от 905,8 руб. до 3369,6 руб.

Следующий приоритет в части финансирования отрасли связан с реализацией целевых программ как федеральных, так и республиканских. Первые реализуются в соответствии с Соглашением между Министерством здравоохранения Российской Федерации, Федеральным фондом ОМС и Правительством Республики Бурятия по вопросам оказания медицинской помощи (1999 год, 2001 год). В 2002 году за счет средств федерального бюджета и средств федерального фонда ОМС получено медикаментов, вакцин, тест-систем, медицинского оборудования на сумму 167,2 млн. руб.

В рамках Федеральной программы «Социально-экономическое развитие Дальнего Востока и Забайкалья» для Детской республиканской больницы приобретено медицинское оборудование на 86,0 млн. руб., для Республиканской больницы им. Н.А. Семашко – на 56,0 млн. руб.

Из республиканского бюджета в 2002 году на реализацию целевых программ («Неотложные меры по борьбе



с туберкулезом», «Сахарный диабет», «Безопасное материнство», «Анти-ВИЧ/СПИД», «Профилактика вирусных гепатитов», «Профилактика инфекций, передаваемых клещами», «Обеспечение детей раннего возраста продуктами детского питания и оптимизация питания беременных женщин») выделено 79,6 млн. руб. По целевым программам «Поликлиника» и «Фельдшерские пункты» получено медицинского оборудования для первичного звена (фельдшерских пунктов, врачебных амбулаторий, поликлиник) на сумму 146,3 млн. руб. Подготовлены и утверждены Правительством республики целевая программа «Профилактика и лечение артериальной гипертонии и ее последствий» (2003–2007 годы) и решением коллегии Минздрава «План мероприятий по развитию и совершенствованию службы медицины катастроф» (2003–2005 годы). Для эффективности решения проблем охраны здоровья населения в 2003 году постановлением Правительства республики утверждена единая целевая программа «Предупреждение и борьба с заболеваниями социального характера» (2004–2007 годы) с перечнем подпрограмм, аналогичных подпрограммам федеральной целевой программы, с добавлением трех актуальных для республики подпрограмм по профилактике вирусных гепатитов, йоддефицитных состояний, инфекций, передаваемых клещами.

Программы «Безопасное материнство», «Обеспечение детей раннего возраста продуктами детского питания и оптимизация питания беременных женщин» включены в подпрограмму «Здоровый ребенок» единой целевой программы «Семья и дети Республики Бурятия» (2004–2007 годы), состоящей также из подпрограмм «Дети-инвалиды», «Дети-сироты» и др.

Для сельского здравоохранения в 2002 году, за счет средств республиканского бюджета и целевых программ, направлены медикаменты, вакцины, тест-системы, медицинское оборудование на сумму 9,8 млн. руб., 53 единицы санитарного автотранспорта на сумму 7,4 млн. руб., выделена субсидия в размере 3,0 млн. руб. на приобретение жилья молодым специалистам.

Для привлечения дополнительных средств оказаны платные медицинские услуги на сумму 89,8 млн. руб., что составило 4,3% в общем объеме финансирования. В структуре платных медицинских услуг наибольший удельный вес занимают: стоматологическая помощь – 19,8%, медицинские и профилактические осмотры – 18%, лабораторные исследования – 9,7%.

Обеспечением населения и лечебно-профилактических учреждений лекарственными средствами занимались 113 аптек, из которых 67 муниципальных, в том числе 6 больничных; 14 ведомственных и 32 коммерческих.

Оптовые поставки лекарственных средств на территорию республики осуществляют 46 коммерческих и 2 государственных предприятия – ГУП «Бурятфармация» и МУП «Аптечный склад». На долю государственных предприятий приходится всего 29% от общего объема поставки.

Объем фармацевтического рынка республики составил в 2002 году – 520,2 млн. руб. (2000 год – 290 млн. руб., 2001 год – 375,6 млн. руб.), а доля медикаментов отечественного производства – 65,1% (2001 год – 64,9%, 2000 год – 58%).

Ассортимент готовых лекарственных средств в муниципальных аптеках республики составляет в среднем 912 наименований, из которых 41% – жизненно необходимые и важнейшие. Средний запас медикаментов в указанных аптеках по сравнению с 2001 годом увеличился на 3,6% и составил 29,2 млн. руб.

Самой сложной и труднорешаемой проблемой оставалось обеспечение лекарственными средствами больных с социально значимыми заболеваниями (сахарным диабетом, злокачественными новообразованиями, заболеваниями крови, туберкулезом и др.), а также ветеранов, имеющих право на бесплатное и льготное лекарственное обеспечение.

За 2002 год приобретено специфических препаратов на сумму 41,0 млн. руб., в том числе в рамках федеральных целевых программ на 16,7 млн. руб., что больше на 38,0% в сравнении с 2001 годом. На бесплатное и льготное лекарственное обеспечение амбулаторных больных из бюджетов всех уровней было выделено 17,0 млн. руб., в том числе из средств республиканского бюджета – 11,3 млн. руб., местных бюджетов – 4,7 млн. руб.

Для обеспечения государственного контроля за ценами на лекарственные средства, эффективного и экономного использования бюджетных средств подготовлены и внесены изменения и дополнения в постановление Правительства республики от 10.04.2001 №110 в части предельных торговых надбавок, которые утверждены постановлением Правительства от 05.08.2002 №199. В 3-м квартале 2002 года Министерством подготовлены и подписаны соглашения между Минздравом России и Правительством Республики Бурятия о передаче полномочий по лицензированию фармацевтической деятельности, включая оборот сильнодействующих и наркотических средств. Следует добавить, что также было подписано и Соглашение по лицензированию отдельных видов медицинской деятельности.

Проводилась работа по укреплению материально-технической базы учреждений здравоохранения. В рамках Федеральной целевой программы «Экономическое и социальное развитие Дальнего Востока и Забайкалья» завершено строительство лечебно-диагностического корпуса хирургического центра республиканской клинической больницы на 90 коек. Сданы в эксплуатацию стационар на 75 коек республиканского противотуберкулезного диспансера, терапевтико-хирургический стационар Курумканской и Северобайкальской центральных районных больниц. Продолжались капитальный ремонт республиканского онкологического диспансера, строительство корпуса с реанимационным отделением Детской республиканской больницы.

Минздравом был сформирован госзаказ на укрепление материально-технической базы в размере 244,5 млн. руб., а фактически выделено 237,9 млн. руб.

Последние 3 года в качестве основного метода государственного регулирования социально-экономического развития республики применяется метод индикативного управления, введенный Указом Президента Республики Бурятия от 16.02.01 №35. Индикаторами развития системы здравоохранения служат



объемные показатели амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи, показатель младенческой смертности и доля платных медицинских услуг в общем бюджете отрасли. Индикативные показатели развития системы здравоохранения в 2002 году по числу посещений амбулаторно-поликлинических учреждений выполнены на 111,1%, по стационарной помощи – на 106,2%, по числу дней пребывания в дневных стационарах – на 153,3%.

Министерство здравоохранения республики принимает активное участие в работе межрегиональной ассоциации «Здравоохранение Сибири», имеет договоры о сотрудничестве с комитетами здравоохранения администраций Москвы, Иркутской области, Министерством здравоохранения Республики Тыва, Министерством здравоохранения Монголии, Управлением здравоохранения Народного правительства г. Хулунбуир (КНР).

Таким образом, несмотря на определенные результаты в деятельности органов и учреждений здравоохранения, необходимо:

- сосредоточить усилия на развитии межсекторного взаимодействия в рамках созданного в 2002 году Координационного совета по охране здоровья населения при Президенте Республики Бурятия в части профилактики заболеваний, травм и несчастных случаев;
- реализовать существующие целевые программы по приоритетным видам заболеваний;
- упорядочить оказание бесплатной медицинской помощи с учетом реально имеющихся финансовых ресурсов республики, материальных и кадровых ресурсов отрасли;
- проводить активную работу по санитарно-гигиеническому просвещению населения и формированию здорового образа жизни.

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ

Красноярский край занимает центральное географическое положение в Российской Федерации, он протянулся от берегов Северного Ледовитого океана до Саянских гор на 3 тыс. км и расположен в бассейне одной из крупнейших рек России – Енисея. По размеру площади (2339,7 тыс. кв. км) Красноярский край занимает второе место в Российской Федерации после Республики Саха (Якутия).

Административный центр Красноярского края – город Красноярск. В составе Красноярского края находятся 68 административно-территориальных образований: городов и районов, в том числе 2 города и 3 поселка республиканского подчинения, 16 городов краевого, окружного подчинения, 48 районов.

Численность постоянного населения Красноярского края на 01.01.2002 год составляет 3015,25 тыс. человек (пятнадцатое место по России). По территориям оно распределено неравномерно – от 2514,9 человека на 1 кв. км в г. Красноярске до 0,1 в г. Дудинке. Сохраняется устойчивая тенденция к увеличению доли городского населения. Величина общего коэффициента рождаемости по городам и районам края колеблется в диапазоне от 7,6‰ до 14,0‰. В 2002 году, впервые за последние 25 лет, рождаемость в городской местности превысила аналогичный показатель на селе. Одной из причин является миграция населения репродуктивного возраста из сельской местности в города.

Организацию и управление системой здравоохранения на территории Красноярского края осуществляет Управление здравоохранения администрации Красноярского края.

Основная стратегия Управления здравоохранения администрации Красноярского края – оптимизация деятельности учреждений здравоохранения для обеспечения качественной и доступной медицинской помощи жителям края.

Основные направления развития здравоохранения Красноярского края на период до 2010 года:

1. Обеспечение сбалансированности объемов государственных гарантий в области предоставле-

ния населению бесплатной медицинской помощи, лекарственного обеспечения и финансовых возможностей Красноярского края:

- определение финансово обеспеченного стандарта оказания медицинской помощи;
- определение нормативов потребности населения в медицинской помощи дифференцированно для территориальных групп районов края;
- переход к финансированию здравоохранения на основе подушевых нормативов, что предполагает разработку и внедрение механизма, выравнивающего финансовые условия реализации программы государственных гарантий между муниципальными образованиями;
- сокращение издержек при закупке лекарств и создание равных возможностей при их распределении гражданам, имеющим льготы.

2. Проведение структурных преобразований в системе здравоохранения:

- разработка перспективной модели развития сети учреждений здравоохранения, основанной на анализе потребности в медицинской помощи;
- создание технологической системы оказания консультативной медицинской помощи для жителей северных и сельских территорий;
- создание условий для формирования рынка медицинских услуг, обеспечение доступа населения к услугам организаций здравоохранения независимо от форм собственности на основе формирования единого тарифа, включающего все статьи текущих расходов на медицинские услуги.

3. Совершенствование системы управления здравоохранением Красноярского края:

- совершенствование нормативно-правовой базы, регламентирующей деятельность организаций здравоохранения и медицинского персонала;
- разработка системы контроля за обеспечением государственных гарантий оказания населению Красноярского края бесплатной медицинской

помощи, расходования средств системы обязательного медицинского страхования;
– создание единого информационного пространства.

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ

Первичную медицинскую помощь жителям Красноярского края в 2002 году оказывали 432 амбулаторно-поликлинических учреждения, из них 4 специализированных диспансера, 22 самостоятельных поликлиники, 110 врачебных амбулаторий, 20 стоматологических поликлиник, 2 центра по борьбе со СПИДом, Центр планирования семьи, Медико-генетический центр; кроме того, 8 самостоятельных станций и 67 отделений скорой и неотложной медицинской помощи, 1077 фельдшерско-акушерских пунктов.

В целом по краю доступность оказания амбулаторной медицинской помощи соответствует нормативному уровню согласно «Программе государственных гарантий оказания населению Красноярского края бесплатной медицинской помощи».

В 2002 году стационарную медицинскую помощь населению Красноярского края оказывали 241 больничное учреждение (в сельской местности – 114) мощностью 29 820 коек. Занятость койки по краю в динамике имеет тенденцию к росту и составила в 2002 году – 315,7, что говорит о повышении эффективности использования коечного фонда.

В Красноярском крае в 2002 году было развернуто 17 дневных стационаров при больничных учреждениях на 386 мест и 45 при амбулаторно-поликлинических учреждениях на 1071 место. Наибольшее количество дневных стационаров развернуто в краевых ЛПУ, городских больницах, диспансерах и поликлиниках.

ОХРАНА МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА

Приоритетным направлением деятельности органов и учреждений здравоохранения края остается охрана здоровья матери и ребенка. Внедрение эффективных организационных технологий (детский и акушерский реанимационно-консультативные центры, мониторинг врожденных пороков развития) способствовало значительному снижению показателя смертности у детей в возрасте до года. Снижение показателя произошло по всем возрастным группам. Особенно значительно снизилась ранняя неонатальная и перинатальная смертность. Снижение младенческой смертности в 2002 году до 16,9 на 1000 живорожденных является значительным достижением, поскольку за последние 40 лет данный показатель в крае ни разу не опускался ниже 19 (рис. 1).

В результате совершенствования мониторинга врожденных пороков развития плода за последние пять лет наблюдается снижение смертности детей первого года жизни от врожденных аномалий на 30%. С 1999 года в крае проводится комплексная пренатальная диагности-

ка врожденных аномалий плода, которая включает в себя: трехкратный ультразвуковой скрининг (10–14 недель, 20–22 недели, 30–34 недели); биохимический скрининг по трем маркерам на дефекты нервной трубки и хромосомные болезни с 15-й по 20-ю неделю беременности; медико-генетическое консультирование; инвазивную диагностику, кардиоотографию и доплерометрию.

С целью снижения младенческой смертности на базе Краевой детской больницы в 1990 году было открыто первое в крае отделение детской реанимации и интенсивной терапии, а также создан третий в стране (после Санкт-Петербурга и Екатеринбурга) реанимационно-консультативный центр (РКЦ) на базе этого отделения для детей старшего возраста, а затем в 1993 году и РКЦ для новорожденных.

В регионах края была внедрена угрозометрическая консультативно-автоматизированная система (УКАС), которая позволила приблизить квалифицированную реанимационную помощь детям в тяжелом состоянии в регионах края и улучшить оказание неотложной помощи. Технология работы данного центра позволила круглосуточно получать из РКЦ необходимую информацию по диагностике и лечению тяжелых детского возраста на местах в отдаленных районах края, оказывать квалифицированную реанимационно-консультативную помощь путем дистанционно-интенсивного наблюдения (ДИН), а также обеспечивать очную реанимационно-консультативную помощь и транспортировку тяжелых больных в специализированные центры г. Красноярска. Зональные (межрайонные) РКЦ были открыты в городах Ачинске (1994 год), а также в Минусинске и Канске (2001 год).

Женское население Красноярского края в 2001 году составило 1 584 495 человек, число женщин фертильного возраста (15–49 лет) – 852 707 – 53,8% от числа женского населения. За последние 5 лет в крае стабильно происходит 28,1–29,6 тыс. родов в год.

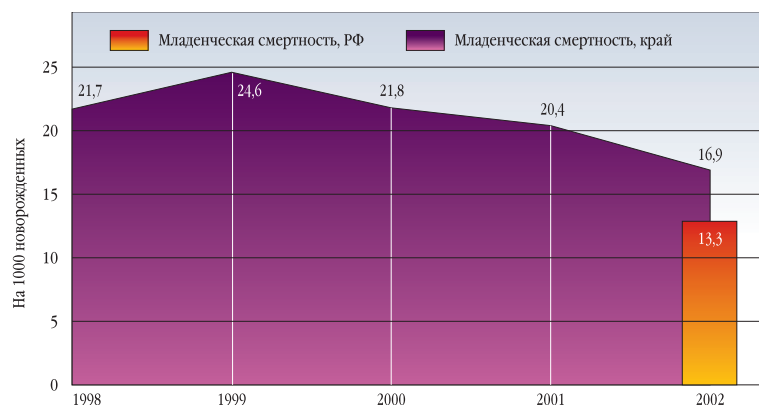
Проводимая в крае работа по охране репродуктивного здоровья женщин обеспечила стойкую тенденцию к снижению числа аборт в во всех возрастных группах и увеличению охвата женщин современными методами контрацепции.

За последние 5 лет, с 1998 по 2002 год, произошло снижение абсолютного числа абортов на 19,5%. Показатель абортов на 1000 женщин фертильного возраста (15–49 лет) за аналогичный период уменьшился с 75,0 до 58,3. Положительным моментом является увеличение женщин, использующих современные методы контрацепции, – с 22,4 до 27,2% к числу женщин фертильного возраста.

Край является крупным регионом, однако только две трети его территории доступны для санитарной авиации, что существенно затрудняет оказание специализированной медицинской помощи при критических состояниях в акушерско-гинекологической практике. Для снижения материнской смертности и приближения специализированной анестезиолого-реанимационной и акушерско-гинекологической помощи на базе отделения анестезиологии и реанима-



1



МЛАДЕНЧЕСКАЯ СМЕРТНОСТЬ ПО КРАСНОЯРСКОМУ КРАЮ ЗА 1998–2002 ГОДЫ

ции родильного дома №1 г. Красноярска в 1997 году был создан акушерский реанимационно-консультативный центр (АРКЦ), который позволил обеспечить круглосуточную экстренную консультативно-лечебную помощь, а также осуществлять дистанционное интенсивное наблюдение (ДИН) за состоянием женщин, нуждающихся в реанимации и интенсивной терапии для своевременного изменения тактики лечения в любых лечебных учреждениях края.

Финансирование здравоохранения (табл. 1)

Красноярского края осуществляется за счет следующих источников:

- средства бюджетов всех уровней: федерального, краевого, муниципального;
- средства обязательного медицинского страхования;
- от оказания платных услуг;
- другие источники.

Красноярский край вошел в число 14 субъектов Российской Федерации, с которыми Пенсионный фонд Российской Федерации заключил Соглашение об осуществлении в 2003 году дополнительных платежей на обязательное медицинское страхование неработающих пенсионеров по старости.

Управлением здравоохранения администрации края организовано использование выделенных средств на оказание адресной медицинской помощи этой категории граждан по следующим видам медицинской помощи: сердечно-сосудистая хирургия (имплантация электрокардиостимулятора); ортопедия (эндопротезирование тазобедренного сустава); офтальмология (имплантация хрусталика); пульмонология (небулайзерная терапия).

ОРГАНИЗАЦИЯ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ЛЕКАРСТВЕННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ НАСЕЛЕНИЯ

Комитет по управлению фармацевтической деятельностью администрации Красноярского края основной стратегической целью своей деятельности считает

обеспечение доступности качественной, эффективной, безопасной лекарственной помощи по объему, ассортименту и цене населению края на всех уровнях: город, районный центр, населенный пункт.

По состоянию на 01.10.2003 года обеспечением населения и лечебно-профилактических учреждений лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения в Красноярском крае занимаются 431 аптека, 1552 мелкорозничных аптечных учреждения и 87 предприятий оптовой торговли.

Обеспечение реализации конституционных прав граждан на гарантированное получение лекарственной помощи осуществляется путем:

- персонализированного учета льготополучателей в реальном времени, адресного и своевременного оказания льготной лекарственной помощи;
- оперативного управления и межведомственной координации процесса оказания льготной лекарственной помощи;
- разработки и внедрения нормативов и стандартов оказания лекарственной помощи;
- обеспечения прозрачности движения бюджетных финансовых средств и лекарственных потоков;
- внедрения унифицированных информационных технологий в едином информационном пространстве для всех участников процесса.

Защита населения края от недоброкачественной и фальсифицированной продукции в целях безопасного применения лекарственных средств осуществляется через единую систему управления качеством обеспечения населения лекарственными средствами, в рамках которой введены:

- обязательная регистрация всероссийских сертификатов соответствия, выданных органами по сертификации других субъектов Российской Федерации, ввозимых на территорию края;
- единый Региональный реестр сертификатов;
- единая информационная система по забракованным и фальсифицированным лекарственным средствам, установленная в аптечных организациях края.



Таблица 1

СТРУКТУРА ФИНАНСИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ

Источники финансирования	Абсолютная сумма, млн. руб.				% к бюджету края			
	1999	2000	2001	2002	1999	2000	2001	2002
1. Бюджетные средства	3027,9	4524,0	3344,4	4794,3	19,1	17,7	10,7	12,7
<i>в том числе</i>								
федеральный	18,4	94,7	42,1	53,1	0,1	0,4	0,1	0,1
краевой	491,3	1397,9	917,5	1922,5	3,1	5,5	2,9	5,1
<i>в том числе платежи</i>								
<i>за неработающее население</i>		768,3	194	877,5		3,0	0,6	2,3
муниципальный	2518,2	3031,4	2384,8	2818,7	15,9	11,9	7,6	7,5
<i>в том числе платежи</i>								
<i>за неработающее население</i>	153,7				1,0			0,0
2. Внебюджетные фонды	994,8	1704,9	1875	2494,6	6,3	6,7	6,0	6,6
3. Консолидированный бюджет	4022,7	6228,9	5219,4	7288,9	25,4	24,4	16,7	19,3
4. Доходы от платных услуг	181,3	234,1	322,2	413,8	1,1	0,9	1,0	1,1
5. Другие источники	45,5	41,4		27,2	0,3	0,2	0,0	0,1
6. Всего расходов	4249,5	6504,4	5541,6	7729,9	26,9	25,5	17,7	20,5

Краевая клиническая больница №1 является ведущим учреждением здравоохранения Красноярского края, оказывающим специализированную медицинскую помощь по 43 профилям, включая клинические отделения, диагностические и вспомогательные службы.

Диагностические отделения больницы выполняют нейрофизиологические, электрофизиологические и ультразвуковые исследования при заболеваниях сердца и сосудов, определяют параметры функции внешнего дыхания. Компьютерная и магниторезонансная томография позволяет дифференцировать сложные синдромы, выявлять злокачественные опухоли на ранних стадиях. Широко используются малоинвазивные хирургические вмешательства под контролем ультразвуковой визуализации.

С созданием Центра интенсивной кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии качественно изменилась специализированная помощь больным ишемической болезнью сердца. Применяются рентгенконтрастные методы исследования магистральных сосудов и сердца, внедряются рентгенэндоваскулярные хирургические методы лечения ИБС, тромбозов системы легочной артерии, эндопротезирование магистральных сосудов и баллонная ангиопластика.

В центре эндоскопической хирургии выполняют операции холецистэктомии, аппендэктомии, ушива-

ния прободной язвы желудка, сигмопликация при долихоsigме, фенистрация перикарда и др.

В легочно-аллергологическом центре оказывается помощь больным с хроническими неспецифическими заболеваниями легких. Используются образовательные программы по улучшению качества жизни больных с контролируемой бронхиальной астмой.

В эндокринологическом центре больные сахарным диабетом, заболеваниями желез внутренней секреции получают весь комплекс лечебных мероприятий, проходят реабилитацию после операций на щитовидной железе и надпочечниках, обучаются в школах для больных сахарным диабетом.

Открытый в 2001 году единственный в крае гнойно-септический центр осуществляет организационно-методическую работу, использует современные технологии в лечении тяжелых больных, что позволяет существенно снизить летальность и сократить сроки пребывания в стационаре.

Онкологическая служба Красноярского края была организована 1 ноября 1945 года приказом краевого отдела здравоохранения. Первые 20 онкологических коек были развернуты на базе Краевой клинической больницы №1. В 1975 году открыт онкологический диспансер на 200 коек в Красноярске. С ростом заболеваемости, необходимости развития специализированных



видов помощи Управлением здравоохранения администрации края было принято решение о создании единого многопрофильного онкологического учреждения. Сегодня это крупный онкологический центр на 535 коек, в котором развернуто 17 отделений для оказания специализированной помощи больным со злокачественными новообразованиями. В диспансере внедрены современные технологии диагностики и лечения злокачественных опухолей. В течение года выполняется более 6000 операций, большая часть высокой степени сложности. Это высокотехнологичные операции – экстирпация пищевода из абдомино-цервикального доступа с пластикой желудочной трубкой, бронхопластические операции, расширенная и комбинированная ларингэктомия, экстирпация мочевого пузыря с одномоментной пластикой, обширная резекция печени.

В Сибирском регионе краевой онкологический диспансер – единственное учреждение, где лучевая терапия проводится на новом отечественном и импортном оборудовании – это линейные ускорители СЛ-75, Клинак-2100, Селектрон. На современном уровне, с использованием международных стандартов проводится химиотерапия, введен новый современный метод лечения – общая управляемая электромагнитная гипертермия, применяемая у больных с тяжелыми стадиями заболевания, генерализованными формами онкопатологии. Данный метод лечения в России имеется только в отдельных ведущих онкологических клиниках.

Красноярский краевой центр по профилактике и борьбе со СПИДом находится в числе передовых центров России по уровню внедрения и использования современных диагностических технологий инфекционных заболеваний, организации профилактической работы. Лечение хронических вирусных гепатитов, герпетической инфекции, заболеваний, передающихся половым путем, коррекция иммунологических нарушений у детей и взрослых при частых ОРВИ, бронхолегочных заболеваниях, рецидивирующих фурункулезах – это лишь часть возможностей Центра.

Центр СПИД – мощный диагностический комплекс. Одновременно Центр СПИД является краевым центром вакцинации, осуществляя методическую и консультативную помощь в вопросах иммунопрофилактики инфекционных заболеваний с использованием вакцин ведущих мировых производителей, а также оптовую реализацию этих препаратов.

Межрегиональный Красноярский диагностический центр медицинской генетики (МК ДЦМГ) был создан в 1996 году на базе медико-генетической консультации Краевой клинической больницы №1.

С 1997 года проводится массовое обследование беременных женщин Красноярского края в лаборатории Центра на пороки развития плода. С 1999 года специалисты Центра внедрили в практическое здравоохранение метод комплексной дородовой диагностики пороков развития и хромосомных заболеваний плода, включающий в себя: трехкратный ультразвуковой скрининг в 10, 20 и 30 недель беременности; биохимическое обследование беременных по трем показателям: альфа-

фетопротеину, хорионическому гонадотропину и эстриолу; медико-генетическое консультирование беременных из группы риска; инвазивные методы диагностики с использованием пренатального кариотипирования для выявления хромосомных заболеваний плода.

С 1999 года в крае проводится регистрация врожденных пороков развития (ВПР) у детей. Это позволяет в настоящее время не только следить за частотой ВПР и их структурой, но и проводить эпидемиологический мониторинг по ВПР в отдельных районах края.

В течение 10 лет лаборатория Центра обследует новорожденных Красноярского края, Читинской области и Хакасии на наличие наследственных заболеваний (фенилкетонурии и врожденного гипотиреоза), добившись охвата неонатальным скринингом более 99%.

Центр медицинской профилактики Управления здравоохранения администрации Красноярского края был создан в декабре 1997 года. В его задачи входит: организация и проведение профилактических мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья жителей края; создание структурной сети службы медицинской профилактики в учреждениях здравоохранения края; проведение образовательной и просветительской работы с использованием каналов массовой коммуникации; координация усилий и межведомственного сотрудничества по развитию стратегии укрепления здоровья и профилактики заболеваний в крае.

За время работы Центром была создана служба медицинской профилактики, насчитывающая 2 центра, 15 отделений и 32 кабинета медицинской профилактики, 43 кабинета здорового ребенка, 10 отделений реабилитации. Количество «Школ здоровья» для больных людей и лиц с факторами риска возросло в 10 раз.

Краевой центр медико-социальной и психолого-педагогической реабилитации для детей-инвалидов с психоневрологической патологией на 50 мест на базе Краевой детской больницы функционирует с 1989 года. В 2002 году в Центре получили реабилитационное лечение 746 детей-инвалидов. В Центре внедрены современные методы реабилитации: Войто-терапия, Монтессори-терапия, Монтессори-лечебная педагогика, функциональное биоуправление с обратной связью на основе компьютерных технологий, нейросенсорные, психотерапевтические, психологические методы. В результате систематических занятий удается добиться восстановления и развития отсутствующих функций при спастической диплегии, гемиплегии в 80% случаев.

ИНФОРМАТИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СИСТЕМЫ ОМС

Информация и информационные потоки представляют собой основу организации управления здравоохранением и важную составляющую деятельности системы обязательного медицинского страхования. Применение новых информационных технологий для сбора и анализа информации, планирования информационных потоков, организации устойчивого информа-



ционного обмена в соответствии с функциональными задачами территориальной системы здравоохранения в целом и в отдельности каждого ее структурного элемента ведет к повышению эффективности здравоохранения края. Современные информационные технологии позволяют усовершенствовать механизмы обратной связи, учета, контроля и принятия решений.

Основной эффект от информатизации заключается в повышении доступности и качества медицинской помощи населению за счет улучшения организации лечебных процессов, более детального обоснования и планирования тактических и стратегических задач территориального здравоохранения и системы ОМС, повышения эффективности распределения финансовых средств с учетом реальных потребностей населения в различных видах и профилях медицинской помощи. Информатизация – один из важнейших путей повышения эффективности управления территориальным здравоохранением и системой ОМС.

Одним из важнейших факторов, определяющих успех в построении информационной системы отрасли, является единая идеология и подход в ее проектировании и внедрении. Информатизация системы здравоохранения и ОМС в Красноярском крае проходит в соответствии с «Концепцией и программой информатизации здравоохранения и системы обязательного медицинского страхования Красноярского края на 2001–2005 годы». Системный подход дает возможность определить цели создания ЕИС, функциональные задачи, основные подсистемы и их взаимодействие для достижения поставленных целей. Отсюда основной принцип информатизации – принцип системного единства, предполагающий сквозную целевую, функциональную, информационную, технологическую и техническую согласованность всех информационных систем ЕИС и элементов единого информационного пространства.

Работы по информатизации здравоохранения и системы ОМС Красноярского края ведутся Управлением здравоохранения администрации Красноярского края, Краевым медицинским информационно-аналитическим центром, Краевым фондом обязательного медицинского страхования, Институтом вычислительного моделирования Сибирского отделения Российской академии наук и рядом других организаций. В настоящее время разработан и введен в эксплуатацию ряд ключевых систем:

- Единая система ведения справочников и классификаторов, которая обеспечивает единство представления информации всеми участниками информационного обмена и однозначность ее интерпретации.
- Централизованное хранилище данных. Система предназначена для создания и ведения единого централизованного хранилища данных меди-

цинской информации. Функционирует на основе технологии «клиент–сервер», позволяет создавать основные элементы хранилища, проводить информационное наполнение структур посредством импорта из оперативных баз данных, архивировать устаревшие данные.

– СтатЭкспресс – универсальная система для сбора отчетных данных. Позволяет строить входные и выходные отчетные формы в рамках самой программной системы, предоставляет удобные средства для ввода данных, позволяет проводить анализ данных, основанный на OLAP-технологиях. На протяжении ряда лет данные годового отчета учреждения здравоохранения Красноярского края формируют в системе СтатЭкспресс.

– Аналитик – система обеспечивает гибкий подход к анализу медицинской информации, основанная на использовании OLAP-технологий. Система направлена на повышение оперативности решения управленческих задач, содержит аналитические модели для формирования территориальной программы государственных гарантий обеспечения населения бесплатной медицинской помощью.

– Геоинформационная система «Атлас здоровья» предназначена для отображения интегральных показателей по здравоохранению и системе ОМС Красноярского края на географической карте. Система универсальна и может быть настроена для отображения данных по любому региону России.

– Программный комплекс «Диспансеризация» предназначен для формирования, сбора и анализа данных по диспансеризации населения. Эффект экономии времени при использовании программного комплекса «Диспансеризация» в сравнении с аналогичной программой МЗ РФ составляет 1,5 мин. на одну карту. Как пример: в перерасчете на детское население края это 2370 рабочих дней.

– «Регистр больных сахарным диабетом» предназначен для ведения Государственного регистра больных сахарным диабетом, сбора данных о состоянии их здоровья, использовании инсулинов и сахароснижающих препаратов.

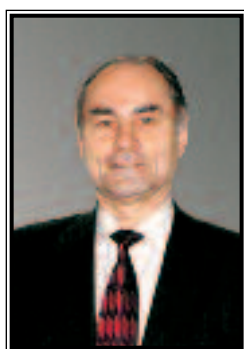
– «Реестр» – программа предназначена для экономического учета стоимости оказанных стационарных и стационарозамещающих медицинских услуг и для формирования счетов-реестров за пролеченных больных.

– Автоматизированная информационная система «Поликлиника». Программа предназначена для автоматизации учета деятельности амбулаторно-поликлинического учреждения.

НАЧАЛЬНИК УПРАВЛЕНИЯ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ АДМИНИСТРАЦИИ
КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ
К.А. Виноградов

ПРОБЛЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПРИВОЛЖСКОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА И ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ

ПРЕДСТАВИТЕЛЬ
МИНИСТЕРСТВА
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
В ПРИВОЛЖСКОМ
ФЕДЕРАЛЬНОМ ОКРУГЕ
Вячеслав Васильевич
Шкарин



Приволжский федеральный округ (ПФО) объединяет 15 субъектов Российской Федерации и расположен на территории, площадь которой составляет 1071,8 тыс. кв. км. Численность населения округа насчитывает до 22% от общей численности населения страны. Огромный промышленный потенциал округа, представленный крупнейшими химическими, нефтеперерабатывающими, автомобилестроительными, деревообрабатывающими, электромеханическими и др. компаниями. Такие регионы, как республики Татарстан и Башкортостан, а также Самарская область устойчиво занимают три первые позиции в производном рейтинге «Доля регионов в суммарном объеме реализации в Российской Федерации», а также в итоговом рейтинге регионов ПФО за 2002 год. Здравоохранение регионов имеет свою специфику в связи с особенностями каждой административной территории в части финансово-инвестиционного обеспечения здравоохранения. Так, наибольшие расходы бюджета региона на здравоохранение в 2002 году отмечены в Республике Татарстан, Коми-Пермяцком АО и Удмуртской Республике, на социальную политику – в Самарской области и республиках Марий Эл и Мордовия. Согласно данным Кировского областного комитета государственной статистики, составившего итоговый рейтинг регионов ПФО за 2002 год, наиболее высокий общий балл по социальному сектору набрали Коми-Пермяцкий АО, Пензенская область и Республика

Марий Эл. Объемы инвестиций в социальную сферу (в частности, в здравоохранение) демонстрируют стратегию социальной политики руководителей хозяйствующих субъектов и в конечном итоге определяют уровень и состояние здоровья населения.

К сожалению, сегодня в округе, как и в целом по России, складывается неблагоприятная демографическая обстановка. На фоне высокого уровня общей смертности населения (15,3 на 1000 человек) коэффициент рождаемости – 8,8.

Семь регионов ПФО имеют еще более низкий, чем в России, показатель рождаемости – Пензенская, Нижегородская, Самарская, Ульяновская, Кировская, Саратовская области, Республика Мордовия. Среднеокружной показатель младенческой смертности составил 14,4‰, что чуть ниже общероссийского уровня. Наиболее высокий уровень младенческой смертности в Ульяновской области (16,3‰), Саратовской области (17,6‰) и в Коми-Пермяцком АО (22,3‰). Данные показатели в указанных регионах стабильны в течение 8 лет. Заболеваемость новорожденных в ПФО на 18% превышает соответствующий показатель по Российской Федерации. Наиболее высокие цифры ежегодно отмечаются в Республике Башкортостан, Нижегородской, Ульяновской областях и Удмуртской Республике. В структуре заболеваемости новорожденных преобладают внутриутробные инфекции, желтухи, врожденные аномалии развития. В перинатальных центрах округа 25% детей требуют интенсивной терапии и реанимации, 55% – реабилитации, каждый десятый ребенок имеет неврологическую патологию. В то же время опыт многих стран показывает, что перинатальная патология (асфиксия, родовая травма, гемолитическая болезнь и др.), являющаяся причиной перинатальной или младенческой смертности, а также последующей стойкой инвалидизации детей, является управляемой при условии создания хорошо оснащенных медико-генетической и перинатальной служб.

Уровень заболеваемости детей других возрастных групп также вызывает тревогу. Неуклонно растет пер-

вичная заболеваемость детского населения. По отдельным нозологическим формам уровень распространенности заболеваний в ПФО превышает общероссийские показатели по болезням органов пищеварения – на 17% (язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки – на 29%), болезням нервной системы – на 25%, крови и кроветворных органов – на 18% (в том числе анемии – на 21%), болезням системы кровообращения – на 45%.

Растет заболеваемость подростков. Первичная заболеваемость составила 102 086 на 100 тыс. подростков (РФ – 91 383). В структуре общей заболеваемости преобладают болезни эндокринной системы, психические расстройства, болезни костно-мышечной системы, врожденные аномалии и т.д. В 11 из 15 регионов показатель распространенности заболеваний превысил средний уровень по Российской Федерации.

Особенно тревожит рост распространенности социально обусловленных заболеваний в детской популяции: наркомании, СПИДа, различных токсикоманий и алкоголизма, ЗППП. Высокими темпами растет инвалидность. Таким образом, ухудшение состояния здоровья детского населения на фоне низкой рождаемости представляет наибольшую тревогу, так как влечет за собой снижение экономической и стратегической безопасности страны.

Существуют и другие, не менее важные проблемы состояния здоровья населения округа, имеющие огромное медико-социальное значение, такие как растущая заболеваемость туберкулезом, сердечно-сосудистыми заболеваниями (особенно среди лиц трудоспособного возраста) и злокачественными новообразованиями. Все эти негативные моменты наиболее отчетливо прослеживаются на селе, где мы наблюдаем самые низкие показатели здоровья у всех возрастных групп. Глубина и степень выраженности изменений зависят от целого ряда демографических характеристик территорий, в числе которых – возрастная структура и характер расселения жителей, а также специфические условия проведения сельскохозяйственных работ, уровень организации медицинской помощи жителям села.

Имеющиеся негативные тенденции в состоянии здоровья населения требуют проведения активных мероприятий по реализации «Концепции развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации». Сегодня необходима особая концентрация усилий руководителей здравоохранением округа, направленная на решение следующих приоритетных задач:

- разработка оптимальных территориальных моделей систем здравоохранения;
- снижение уровня преждевременной смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, несчастных случаев, травм, суицидов, злокачественных новообразований;
- борьба с заболеваниями, имеющими особую социальную значимость;
- формирование научно обоснованной системы профилактики болезней и инвалидности.

В целях реализации вышеизложенных задач разработан план мероприятий по реализации «Концепции

развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации» на 2001–2005 годы в ПФО.

ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ПРЕДСТАВИТЕЛЯ

МИНЗДРАВА РОССИИ

В ПРИВОЛЖСКОМ ФЕДЕРАЛЬНОМ ОКРУГЕ

Решение всех актуальных вопросов, связанных с охраной здоровья граждан, находится под постоянным наблюдением Минздрава России. Для выработки адекватных решений регулярно, не менее 4 раз в год, проводятся заседания Координационного совета по здравоохранению округа, с привлечением к работе главных специалистов, постоянным анализом итогов выполнения намеченных мероприятий. К настоящему времени состоялось уже 9 заседаний Координационного совета. Повестки заседаний:

1. О ходе реализации «Концепции развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации» в ПФО и задачах на 2001–2005 годы.
2. Развитие системы государственного регулирования фармацевтической деятельности.
3. Актуальные вопросы охраны здоровья матери и ребенка.
4. Актуальные вопросы сельского здравоохранения.
5. Наука – практическому здравоохранению ПФО.
6. Медицинские кадры ПФО – проблемы, пути решения.
7. Актуальные вопросы эпидемиологии, клиники, диагностики, лечения и профилактики ВИЧ-инфекции в ПФО.
8. Итоги диспансеризации, пути улучшения состояния здоровья детского населения ПФО.
9. Проблемы развития санаторно-курортной службы ПФО.

Опыт двухлетней деятельности представителя Минздрава России помог созданию модели эффективной работы над решением конкретной проблемы здравоохранения. Сначала вопрос глубоко прорабатывается аппаратом представителя МЗ РФ, затем всесторонне обсуждается руководителями здравоохранения всех уровней на расширенном заседании Координационного совета с участием главных специалистов; далее организуется тематическая Окружная научно-практическая конференция с привлечением научных школ и работников практического здравоохранения, т.е. обсуждаемая проблема приобретает самое широкое научно-практическое звучание. Далее в обязательном порядке готовится тематический выпуск окружного научного журнала «Здравоохранение Приволжского федерального округа», где публикуются наиболее интересные материалы по данной проблеме. Регионы также активно включаются в эту работу, проводят региональные совещания, конференции, семинары. И, наконец, итоги обсуждаются на одном из последующих заседаний Координационного совета, с разработкой дальнейших мероприятий. Такой идейный подход к проведению политики Минздрава России в регионы, а затем в практическое звено выработался при активной под-



держке руководителей органов управления здравоохранением на местах – в субъектах округа.

В 2004 году запланировано включить в повестку заседаний Совета рассмотрение вопросов совершенствования организации медико-социальной помощи населению округа в связи со злокачественными новообразованиями и болезнями сердечно-сосудистой системы. Всестороннее обсуждение этих злободневных тем поможет выработать правильные направления их решения, обозначить «узкие» места, наметить пути и сроки их устранения.

В начале 2003 года с целью контроля за работой органов и учреждений здравоохранения округа по отдельным направлениям Минздравом России создан институт главных внештатных специалистов по 18 специальностям. Несмотря на то, что работа в данном направлении только началась, уже достигнуты определенные результаты: очерчены функциональные обязанности специалистов, их права, поставлены задачи и перспективные планы деятельности. Практика показывает, что создание института главных внештатных специалистов в федеральных округах – важная и нужная задача, требующая дальнейшего решения. Так, предполагается расширить перечень специалистов и внести в него специалиста по качеству медицинской помощи. Главные специалисты ПФО – высокопрофессиональные врачи, профессора, доктора наук и академики. Они активно и инициативно работают, помогают в проведении тематических советов, конференций, ежедневном решении практических вопросов. Именно по такому пути мы выходим на реальное динамическое слежение за обстановкой по всем важнейшим заболеваниям в округе, т.е. на социально-гигиенический мониторинг здоровья населения. Результатом данной работы мы видим разработку новых подходов в медико-социальном обеспечении граждан, диспансеризации населения.

ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ С ПОЛНОМОЧНЫМ ПРЕДСТАВИТЕЛЕМ ПРЕЗИДЕНТА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ В ПФО И РУКОВОДИТЕЛЯМИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ТЕРРИТОРИЙ

Правительство России ставит перед руководством отрасли серьезные задачи – это и формирование единого правового пространства в области здравоохранения, и полная стандартизация всех видов помощи, широкая поддержка и внедрение передовых инновационных технологий, разработка проблем экономики, совершенствование управления на всех уровнях. Успех работы определяется налаженными партнерскими отношениями между территориальными органами управления здравоохранением, страховой и частной медицины, а также профессиональными ассоциациями, медицинскими общественными организациями. В этих условиях возрастает роль представителей Минздрава России в федеральных округах как координаторов всех перечисленных усилий.

Эффективное выполнение возложенных на представителя Минздрава России функций невозможно без

тесного взаимодействия с полномочным представителем Президента Российской Федерации в ПФО С.В. Кириенко. Мнение представителя Минздрава в округе неизменно учитывается при обсуждении в аппарате полномочного представителя вопросов, связанных с охраной здоровья населения ПФО. В текущей работе налажен оперативный обмен информацией между представительством Минздрава и представительством Президента Российской Федерации в ПФО. Принятию взвешенных решений по важнейшим вопросам развития здравоохранения в немалой степени способствует активное участие сотрудников представительства Президента Российской Федерации в работе окружного Координационного совета, отделения Центральной аттестационной комиссии. Согласование назначения на должности руководителей органов учреждений здравоохранения федерального подчинения на территории ПФО, присвоения государственных наград и почетных званий производится с учетом мнения представителя Минздрава России.

Под совместным патронажем был проведен ряд совещаний: «Современное состояние организации и государственного регулирования фармацевтической помощи населению ПФО», «Состояние и перспективы развития системы обязательного медицинского страхования», «Развитие санаторно-курортной помощи в ПФО», «Совершенствование вакцинопрофилактики инфекционных заболеваний» и др.

Представитель Минздрава России и сотрудники аппарата входят в состав рабочей группы Центра антикризисного управления при полномочном представителе Президента Российской Федерации в ПФО. Центр проводит активную деятельность по профилактике чрезвычайных, кризисных ситуаций в округе.

Так, летом 2002 года по всей России прошла серия крупных лесных пожаров. В целях оказания медицинской помощи населению округа в пожароопасный период были определены задачи органам управления здравоохранением субъектов округа, разработаны мероприятия по организации медицинского обеспечения пожарных формирований, участвующих в тушении лесных и торфяных пожаров. В лечебно-профилактических учреждениях регионов ПФО были выделены койки на случай поступления пострадавших и созданы запасы медикаментов и перевязочных материалов. С медицинским персоналом были проведены занятия по оказанию всех видов медицинской помощи ожоговым больным и правилам ведения их. В состоянии постоянной готовности находились все формирования территориальных центров медицины катастроф ПФО. Рекомендации по поведению населения передавались по радио и публиковались в средствах массовой информации.

Совместно с аппаратом полномочного представителя Президента Российской Федерации в ПФО, а также с органами и учреждениями здравоохранения субъектов округа ведется большая работа по социально-гигиеническому мониторингу. Так, по данным статистической отчетности, в 2002 году в ПФО 19,0% проб воды не отвечали требованиям по химическим показателям и 8,2% – по бактериологическим показателям. В п. Усть-Кинельский Са-



марской области (численность населения около 10 тыс. человек) в результате аварийной ситуации на канализационном коллекторе произошло загрязнение одной из близлежащих водозаборных скважин. Эксплуатация водопровода была приостановлена. Был организован подвоз питьевой воды. При администрации района создали штаб по ликвидации последствий чрезвычайной ситуации с участием представителя Госсанэпидслужбы. Всего за медицинской помощью обратились 20 человек, госпитализированы 6 человек, в том числе 5 детей.

Каждый такой случай заставляет извлекать уроки и ставить определенные задачи перед органами местного самоуправления, службами водоснабжения. Это: исключение сброса в пределах зон санитарной охраны водозаборов; завершение ремонта и восстановление зон санитарной охраны водозаборов; систематическое проведение ревизии водопроводных сетей и сооружений; выполнение всего комплекса ремонтно-восстановительных работ водопроводных сетей и сооружений (особенно в сельской местности) и многие другие. При полномочном представителе Президента Российской Федерации в ПФО создана рабочая группа по координации работ по пропуску воды в период весеннего половодья, которая начала работу с февраля 2003 года с участием представителя Минздрава России в ПФО. В задачи группы входила курация вопросов обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения округа. Это в первую очередь состояние объектов водоснабжения (водозаборов, водоочистных сооружений, сетей) и их способность обеспечить подачу населению питьевой воды безопасного качества; определение объектов, представляющих потенциальную опасность; своевременное информирование о чрезвычайных ситуациях, контроль данных динамического наблюдения за качеством питьевой воды, подаваемой населению, по химическим и бактериологическим показателям; своевременное обеспечение водоочистных сооружений реагентами и дезинфектантами, а также контроль за наличием их запаса. Принято решение запрашивать соответствующую информацию о предпринимаемых мерах и перспективных планах от главных государственных санитарных врачей территорий округа еженедельно. Данные о резком ухудшении качества питьевой воды, возникновении или угрозы возникновения чрезвычайных ситуаций по вопросам, связанным с паводком, в том числе по вспышкам инфекционных заболеваний, требуем предоставлять немедленно. Кроме того, обеспечен мониторинг по учету результатов и обработке информации по качеству питьевой воды всех субъектов ПФО. Был создан штаб для оперативного контроля за паводковой ситуацией с участием руководителей санитарных служб области и сотрудников аппарата представителя Минздрава России в ПФО. В результате водоочистные сооружения территорий ПФО в большинстве своем обеспечили подачу питьевой воды в соответствии с требованиями СанПиН. Однако плохое техническое состояние распределительных сетей в значительной части городских и сельских водопроводов приводило к их высокой повреждаемости

и ухудшению качества питьевой воды в процессе ее транспортировки потребителю. Чрезвычайных ситуаций (эпидемий, массовых отравлений) за период паводка в регионах ПФО не зарегистрировано.

Одной из задач представителя Минздрава России является координация деятельности органов исполнительной власти субъектов ПФО и органов местного самоуправления в области здравоохранения. Аппарат представителя регулярно предоставляет информацию о состоянии здоровья населения, подготовки кадров и деятельности учреждений здравоохранения руководителям органов исполнительной власти субъектов ПФО; принимает активное участие в проведении совместных коллегий органов управления здравоохранением субъектов ПФО.

Придается большое значение вопросу налаживания конструктивных связей с руководителями регионов ПФО и стимулированию руководителей здравоохранения. Установлены оптимальные рабочие отношения с руководством всех территорий ПФО путем взаимодействия в различных формах: проведения встреч, деловой переписки, совместной работе Координационного совета. В 2002 году представителем Минздрава России в ПФО за заслуги перед отечественным здравоохранением к правительственной награде представлена Л.П. Абросимова – главный государственный санитарный врач по Кировской области.

МЕДИЦИНСКИЕ КАДРЫ ОКРУГА:

ПРОБЛЕМЫ, ПУТИ РЕШЕНИЯ

Острый вопрос – обеспечение здравоохранения кадрами: врачами, средним медицинским персоналом. Его решение находится под постоянным контролем. Заседание одного из координационных советов по здравоохранению ПФО было посвящено всестороннему обсуждению данного вопроса (24–25.10.2002, г. Саранск, Республика Мордовия).

На 01.01.2003 общее число врачей в округе составило 129,8 тыс. человек, в том числе специалистов клинических специальностей – 88 тыс. По обеспеченности населения врачами (40,8 на 10 тыс. населения) округ близок к среднероссийскому показателю (41,9), а в Оренбургской, Пермской областях отмечается положительный прирост численности врачей, особенно клинических специальностей. Благоприятная ситуация сложилась по численности стоматологов, укомплектованность штатов которыми в ПФО – 99,9%, а по некоторым территориям достигает 100% (Пермская область, Чувашская Республика). Общее число фармацевтов по округу составляет 33,5 тыс. человек. Высокие показатели обеспеченности провизорами и фармацевтами имеют Самарская, Саратовская, Нижегородская, Пензенская области, Республика Татарстан, Чувашская Республика. Низкий показатель укомплектованности фармацевтами и провизорами – в Удмуртской Республике, Республике Марий Эл.

Показатели обеспеченности населения медицинскими кадрами отдельных специальностей соответст-



вуют средним показателям по России. В округе выше российского уровня обеспеченность терапевтами, педиатрами, в Удмуртской Республике, Республике Мордовия, Пермской, Самарской, Кировской областях. Общее число гериатров и профпатологов округа составляет четверть всех врачей данных специальностей России. Треть подготовленных в России семейных врачей находят свое место в здравоохранении округа в Самарской области, в Оренбургской, Пермской областях, Чувашской Республике.

Численность специалистов среднего звена здравоохранения составляют в округе 330 тыс. человек. Наиболее укомплектованы средним медицинским персоналом штаты учреждений здравоохранения Республики Татарстан, Нижегородской, Саратовской, Кировской областей. Сохраняются проблемы с укомплектованностью медицинскими сестрами в Пермской, Самарской, Пензенской областях, Республике Мордовия, Удмуртской Республике. Показатель соотношения врач – медсестра в округе в среднем равен 1 : 2,3.

Около половины медицинских кадров округа имеют квалификационные категории, чаще всего первую, меньше – высшую и вторую. Наибольшее число врачей и среднего медицинского персонала, имеющих категорию, насчитывается в Республике Марий Эл, Республике Татарстан, Самарской области, Коми-Пермяцком АО, наименьшее – в Республике Мордовия. В целом показатель категорийности по округу примерно соответствует российскому. В округе 68,4% врачей и 53,2% средних медицинских работников имеют сертификаты. Наиболее высоких показателей добились Оренбургская, Пензенская области, Республика Татарстан.

Медицинская школа округа позволяет качественно решать вопросы подготовки медицинских кадров. В округе 13 учреждений высшего медицинского образования, в том числе 4 медицинских университета, 6 медицинских и 1 фармацевтическая академии, Пензенский ГИДУВ, медицинский институт при Чувашском ГУ, а также 3 медицинских факультета – Ульяновского, Мордовского и Пензенского университетов. В округе 107 учреждений среднего профессионального образования, в том числе 25 медицинских колледжей. Ведется подготовка специалистов по новым специальностям с высшим и средним медицинским образованием, создана разветвленная структура послевузовского профессионального образования. Учебный процесс организован на всех этапах непрерывной подготовки кадров, базируется на требованиях государственных образовательных стандартов, с учетом контроля качества преподавания. Вузы обладают высококлассным научным потенциалом и научными школами, развивающимися на базе вузов и 16 НИИ. Территории округа внесли свой вклад в расширение целевого приема и развитие договорной (контрактной) формы подготовки специалистов, получившей наибольшее распространение в Республике Татарстан, Пермской, Кировской областях. Администрации субъектов округа имеют договоры с медицинскими вузами о взаимном сотрудничестве по

подготовке специалистов и принимают участие в сохранившихся формах распределения выпускников на территории округа.

Таким образом, число врачей и средних медицинских работников в округе достаточно, имеются все условия для высокого уровня качества подготовки медицинских кадров.

Вместе с тем налицо дисбаланс в распределении кадров между различными территориями, между городской и сельской местностью, специализированными учреждениями здравоохранения и первичным звеном, в соотношении врачей общего профиля и узких специалистов. То есть численность и структура кадров в недостаточной мере соответствуют стратегическим задачам реформирования здравоохранения по приближению медицинской помощи к населению, развитию новых видов медицинских технологий, формированию «института врача общей практики». Так, по некоторым специальностям показатели обеспеченности населения округа врачебными кадрами ниже общероссийских: хирургами, акушерами-гинекологами. Низкий уровень обеспеченности населения округа врачами скорой помощи особенно в Коми-Пермяцком АО, Ульяновской области, Республике Башкортостан. Коэффициент совместительства должностей врачами в целом по округу высок и составляет 1,4; у медицинских сестер – 1,2; фармацевтов – 1,3, особенно в сельском здравоохранении. Наиболее часто совмещают должности врачи в Ульяновской области, Республике Марий Эл, Удмуртской Республике, средний медицинский персонал – в Кировской, Пермской областях. Рост числа совместителей в здравоохранении является следствием низкого уровня оплаты труда в отрасли и неблагоприятно сказывается на квалификационной характеристике медицинских кадров.

Обеспеченность городского населения округа врачами в 1,5–2 раза выше, нежели сельского: 12,3 против 41,2 врачебных кадров и 68,0–104,1 на 10 тыс. населения медицинских сестер. Эта проблема значима для всех территорий округа, особенно остро она стоит в Саратовской, Ульяновской областях, Коми-Пермяцком АО, Чувашской Республике.

Остается вне поля зрения такая категория медицинских работников, как младший медицинский персонал. Намечилась тенденция оттока специалистов из отрасли здравоохранения, особенно в регионах с развитым рынком труда. Одним из перспективных направлений, нацеленных на совершенствование кадровой политики и оптимизацию использования потенциала отрасли, является ускоренное внедрение телемедицинских технологий в практическую деятельность здравоохранения. В регионах округа накоплен опыт телемедицинской деятельности по проведению консультаций, видеолекций и семинаров, дистанционных учебных циклов. За последние три года в регионах округа проведено свыше 500 телеконсультаций и 100 телеобразовательных мероприятий. Особенно активно телемедицинские технологии внедряются в Башкортостане, Мордовии, Татарстане, Нижегородской, Оренбургской, Самарской, Саратовской областях.



Ведется постоянная работа по повышению квалификации кадров. Так, в целях совершенствования работы Центральной аттестационной комиссии Минздрава России в округе создано окружное отделение ЦАК, которое является высшим экспертным органом федерального округа по оценке профессиональной подготовки и деловых качеств специалистов с высшим и средним медицинским образованием. Возглавляет комиссию представитель Минздрава России в ПФО, в ее состав входят сотрудники аппарата полномочного представителя Президента Российской Федерации в ПФО, руководители ведущих российских НИИ и учреждений здравоохранения, главные внештатные специалисты ПФО. Такой шаг позволил более плотно работать с регионами, активно и быстро решать вопросы повышения квалификации кадров на местах. Подобное управленческое решение является выражением конструктивной позиции Минздрава по отношению к институту представительства Минздрава России в федеральных округах и позитивным примером реальной работы представителя Минздрава в округе.

Комиссия функционирует меньше года, а уже получены определенные наработки, приобретен положительный опыт. Созданы 14 экспертных групп по всем специальностям, в состав которых входит 90 человек. В качестве экспертов работают руководители органов управления здравоохранением и крупнейших ЛПУ г. Нижнего Новгорода, главные внештатные специалисты ПФО, профессора Нижегородской государственной медицинской академии.

Определены подходы к формированию государственного заказа на подготовку специалистов с учетом потребностей региона, внедрению регионального мониторинга кадрового потенциала с целью долгосрочного планирования потребности в специалистах, созданию многоуровневой системы сестринского образования. Управляемцам здравоохранением всех уровней вместе с руководителями медицинских образовательных учреждений нужно активнее включиться в работу по созданию в сельской местности медицинских классов на базе общеобразовательных школ; совершенствованию механизма целевого приема; развитию региональной системы трехсторонних договоров по подготовке специалистов. Необходимо более продуманно вести работу по распределению кадров: осуществлять непрерывный мониторинг трудоустройства выпускников медицинских образовательных учреждений с анализом вакансий рабочих мест. Целесообразно создавать центры по трудоустройству молодых специалистов, и такие центры уже есть, они начинают свою деятельность. Следует постоянно повышать качество учебного процесса, расширять и укреплять клинические базы; развивать новые, прогрессивные формы обучения – с широким внедрением телемедицинских технологий, интеграции средних специальных учебных заведений, вузов и научных учреждений в единые университетские комплексы. Нужно искать пути широкого содействия научным исследованиям в области прогнозирования кадрового обеспечения и управлению кадровыми ресурсами.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ЭПИДЕМИОЛОГИИ, КЛИНИКИ, ДИАГНОСТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В ПРИВОЛЖСКОМ ФЕДЕРАЛЬНОМ ОКРУГЕ

Проблемам распространения ВИЧ-инфекции было посвящено секционное заседание Координационного совета по здравоохранению ПФО, прошедшее 29–31 января 2003 года в г. Ижевске.

Период 1996–2002 годов в развитии эпидемического процесса ВИЧ-инфекции в ПФО обозначен участниками заседания как окончательный переход из начальной стадии в концентрированную. На этой стадии развития эпидемического процесса основным путем передачи ВИЧ-инфекции является парентеральный, реализуемый при инъекционном употреблении наркотиков (85,7%). В 2000–2002 годы в ПФО было зарегистрировано 10 случаев передачи ВИЧ-инфекции при переливании инфицированной крови. Данная ситуация связана с тем, что значительное число доноров принадлежит к группам риска по ВИЧ-инфекции и парентеральным гепатитам. В этом случае действенной мерой для обеспечения гарантированной безопасности может стать система карантизации донорской крови и кровепродуктов.

Подавляющее большинство ВИЧ-инфицированных приходится на молодой возраст 21–30 лет – 54,8% и 15–20 лет – 33,9%. Дети до 14 лет составляют 0,5%, причем в категорию ВИЧ-инфицированных детей все чаще попадают наркопотребители в возрасте 11–12 лет. Доля инфицированных в возрасте 31–40 лет составляет 8% (1996–2002 годы).

Среди зараженных отмечается преобладание мужчин – 80%; доля городских жителей составляет 88%. Однако с 2000 года прослеживается тенденция роста ВИЧ-инфекции в сельских районах. Так, в Нижегородской области в 2001 году более половины (54,8%) выявленных ВИЧ-инфицированных проживали в сельской местности; в Республике Марий Эл – 21,5%; в Ульяновской области – 20,8%.

Дальнейшее развитие эпидемии среди населения ПФО, как и в целом по России, будет обусловлено вовлечением в эпидпроцесс не только новых потребителей психоактивных веществ, но и инфицированием последними половых партнеров и, как следствие, увеличение числа детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных женщин. Сдерживание этих негативных тенденций возможно только с помощью единой государственной стратегии, активизации межведомственных взаимодействий с привлечением к проблеме внимания СМИ и населения.

В целях ограничения дальнейшего распространения ВИЧ-инфекции уже сегодня необходимо обеспечение адекватного правового поля по рассматриваемой проблеме, а именно: внести изменения в Федеральный закон «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)» в части включения в список лиц, подлежащих обязательному медицинскому освидетельствованию на ВИЧ, призывников и военнослужащих Вооружен-



ных Сил Российской Федерации, беременных женщин, а также лиц, контактных по ВИЧ-инфекции; об изменении группы оплаты труда руководителей учреждений службы СПИД, имеющих стационары; об утверждении единого механизма определения группы инвалидности у ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом, в том числе детей; об утверждении единого для всей страны механизма депортации иностранных граждан и лиц без гражданства, находящихся на территории Российской Федерации, в случае выявления у них ВИЧ-инфекции. В срочном порядке требуется принять меры по возобновлению централизованных поставок тест-систем для диагностики ВИЧ-инфекции в регионы. Нужно шире использовать потенциал окружных центров по профилактике и борьбе со СПИДом и привлекать их специалистов к реализации таких проектов, как «Российская сеть борьбы с ВИЧ-инфекцией» (для расширения информационных потоков и координации усилий всех соисполнителей подпрограммы «Анти-ВИЧ/СПИД») и др. Адекватному решению вопроса будет способствовать регулярное проведение тематических научно-практических конференций и рабочих совещаний с руководителями центров СПИД Приволжского федерального округа ежегодно по итогам работы за год.

ИТОГИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ДЕТЕЙ ПРИВОЛЖСКОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА

Громадным по содержанию, трудным в организационном плане и поэтому поистине эпохальным мероприятием прошедшего года явилась Всероссийская диспансеризация детей. Одно из заседаний Координационного совета по здравоохранению, прошедшего 20–21.02.03 года в Пензе, было посвящено итогам диспансеризации на территории ПФО и путям улучшения состояния здоровья детского населения. Состояние здоровья подрастающего поколения России остается тревожным. Продолжает расти общая заболеваемость детей всех возрастов, обусловленная прежде всего увеличением распространенности хронических заболеваний. В связи с этим в настоящее время необходимо делать акцент в первую очередь на профилактическую работу, а также на предупреждение развития хронических форм патологии и инвалидизации детей.

Регионы ПФО приложили максимум усилий по реализации данного проекта, что позволило не только получить истинную картину состояния здоровья детей, но и обнаружило проблемы с материально-техническим и кадровым обеспечением первичного педиатрического звена. Так, недостаточное материально-техническое обеспечение для осуществления полного комплексного обследования детей было выявлено в 11 территориях ПФО из 15. Необходимое оборудование было лишь в 4 регионах – Республике Татарстан, Чувашской Республике, Республике Мордовия и Самарской области.

Также в большинстве территорий ПФО обнаружили трудности с кадровым обеспечением. При этом наибольшие проблемы испытывали территории, имеющие изначально дефицит врачей-специалистов. Лишь те же 4 территории округа не испытывали значитель-

ных проблем с медицинскими кадрами при проведении осмотров детского населения. Для решения проблемы кадрового обеспечения в территориях округа были привлечены внутренние ресурсы, а именно: использование специалистов, работающих в научных, учебных, областных и городских учреждениях.

В ходе диспансеризации осмотрено в целом по ПФО 98,9% детей от 0 до 18 лет. 100% детей осмотрено в Чувашской Республике, Республике Мордовия, Удмуртской Республике, Республике Башкортостан, Саратовской области. В Республике Татарстан осмотрено 101,6%, в Пермской области – 100,4% детского населения, что обусловлено выраженными миграционными процессами на территории данных регионов. Наименьший показатель охвата детей осмотрами в Самарской области – 95,1%.

Наибольшее количество детей с отклонениями в состоянии здоровья выявлено в Пермской области (88%), Самарской области (72%), Республике Марий Эл (71%), что свидетельствует о высоком качестве проведенных осмотров. В Чувашской Республике этот показатель оказался в два раза ниже – всего 43% детей с отклонениями выявлено в ходе диспансеризации, в Пензенской области – 51,9%. Большой разброс данного показателя достаточно сложно объяснить в настоящее время, так как на его уровень оказывают влияние разнообразны факторы: качество проведенных осмотров, региональные особенности уровня организации медицинской помощи и др. В среднем по ПФО 64% детей имеют отклонения в состоянии здоровья. В ходе диспансеризации выявлено в среднем 788 случаев заболеваний на 1000 детей и подростков по всем нозологическим формам, т.е. 7–8 детей из 10 осмотренных имеют те или иные заболевания. Разброс показателя заболеваемости чрезвычайно широк – от 1948 на 1000 в Республике Башкортостан и 1235 на 1000 в Республике Мордовия до 219 на 1000 в Коми-Пермяцком автономном округе и 310 на 1000 в Республике Марий Эл.

Уровень хронической патологии по ПФО составил 484 на 1000 детского населения (т.е. каждый второй ребенок имеет хроническое заболевание). Данный показатель по регионам также имеет большой разброс – от 722 и 699 на 1000 в Чувашской Республике и Республике Башкортостан до 136 на 1000 в Нижегородской области, 226 на 1000 в Пермской области. Обращает на себя внимание следующий факт: в территориях, где отмечены наибольшие показатели выявления отклонений в состоянии здоровья детей, например, в Пермской области, уровень хронической патологии оказался невысоким. Это свидетельствует о высокой эффективности профилактической работы в данном регионе. Своевременное, качественное выявление больных детей и проведение необходимых реабилитационных мероприятий позволяют предотвратить формирование хронических форм патологии, тем самым уменьшается доля больных с хроническими заболеваниями.

Напротив, в регионах с низким уровнем обнаружения отклонений в состоянии здоровья, например, в Чувашской Республике, показатель хронической патологии оказался одним из высоких. Это свидетельствует о недостаточной эффективности профилактической работы.



В целом высокие показатели уровня хронической патологии свидетельствуют об увеличении контингента детей, состоящего под диспансерным наблюдением, и соответственно росте нагрузок на специалистов детских поликлиник, а также необходимости активизации профилактической работы, увеличении потребности в современных реабилитационных технологиях, санаторно-курортной помощи и т.д.

Таким образом, обнаруженные в ходе диспансеризации данные о состоянии здоровья детей подчеркивают необходимость разработки программных мероприятий по диспансерному наблюдению, лечению и оздоровлению подрастающего поколения. С учетом полученных данных о состоянии здоровья детей и подrostков основными направлениями деятельности органов и учреждений здравоохранения должны стать:

- материально-техническое и кадровое укрепление первичного педиатрического звена;
- пересмотр потребности и нагрузок на специалистов детских лечебно-профилактических учреждений с учетом частоты и структуры выявляемых отклонений в состоянии подрастающего поколения;
- внедрение скрининговых программ раннего выявления отклонений в состоянии здоровья детского населения;
- развитие и внедрение профилактических и лечебных технологий для детей, имеющих функциональные отклонения, и детей группы риска, направленных на предотвращение формирования и хронизации патологического процесса;
- целенаправленное формирование реабилитационной и санаторно-курортной службы, внедрение современных комплексных реабилитационных технологий;
- проведение оздоровительных мероприятий в тесном единстве с системой образования, создание дошкольных и школьных реабилитационных центров.

Не вызывает сомнения, что существенно улучшить работу службы охраны материнства и детства можно только с позиции программно-целевого планирования, предусматривающего снижение младенческой, материнской смертности и заболеваемости детей с учетом:

- территориальных медико-экологических особенностей региона;
- конкретных причин повышения смертности, заболеваемости и соотношения социально-экономических, медико-организационных, медико-биологических факторов;
- региональной стратегии охраны здоровья матери и ребенка.

Основным направлением современной медицины должна быть первичная и вторичная профилактика заболеваний, а ключевым показателем благополучия общества и уровня медицинской помощи – младенческая и материнская смертность. Необходимо подчеркнуть, что охрана здоровья матери и ребенка должна быть не только в центре внимания здравоохранения, но и всех ветвей власти, многих ведомств. Поддержка

целевых программ должна осуществляться на законодательном уровне, органами исполнительной власти, необходимо привлекать фонды обязательного медицинского страхования, внебюджетные источники.

РАЗВИТИЕ ТЕЛЕМЕДИЦИНЫ

Одним из ключевых моментов в создании эффективной инфраструктуры здравоохранения является его информатизация, т.е. создание единого информационного пространства для всех заинтересованных сторон: пациентов, врачей, медицинских учреждений, органов управления здравоохранением.

Начиная с 1997 года в Республике Мордовия, Нижегородской, Самарской, Саратовской областях, а затем и в ряде других регионов Приволжского федерального округа началось внедрение телемедицинских технологий в практическое здравоохранение. В настоящее время на территории ПФО создана развитая телемедицинская сеть. В Республике Башкортостан реализуется проект «Единая диагностическая система», направленный на создание сети 10 районных медицинских центров. В Кировской области существует областная корпоративная медицинская информационная сеть, связывающая все медицинские учреждения области. Врачи Гайнской ЦРБ Коми-Пермяцкого округа, в рамках программы «Дети Севера», используют телемедицинскую станцию и консультативно-диагностический комплекс. В Республике Марий Эл действует правительственная программа «Автоматизированная система управления ресурсами здравоохранения». В 14 учреждениях здравоохранения работают локальные информационные сети, в 59 имеются пункты региональной сети «Марнет». Передается справочная, аналитическая информация, официальные документы Минздрава республики, ТФОМС. Имеется опыт проведения межрегиональных медицинских интернет-сессий.

В Нижегородской области телемедицина получила развитие с момента заключения соглашения о сотрудничестве между Нижегородской областной больницей им. Н.А. Семашко и Фондом «Телемедицина», положившего начало работам по созданию регионального центра телемедицины на базе областной больницы и экспериментального участка телемедицинской системы на территории области. К настоящему времени в области уже организовано пять телемедицинских центров. Информационная медицинская сеть объединяет 78 медицинских организаций. Под руководством регионального телемедицинского центра осуществляется проект «Телемедицина для сельских районов», в котором принимают участие 20 учреждений здравоохранения, областная медицинская библиотека. Получили развитие телепедиатрия, телерадиология, теледерматология. Совместно с Московским госуниверситетом им. М.В. Ломоносова и Нижегородской государственной медакадемией внедрена система подготовки студентов, врачей и медсестер по телемедицине с использованием технологий дистанционного обучения.



Телемедицина предоставляет новые возможности для реорганизации и интенсификации системы управления здравоохранением на всех уровнях. Реализация Концепции развития телемедицинских технологий в ПФО должна основываться на использовании единых для Российской Федерации нормативных правовых и методических документов, обеспечивающих единые принципы и технологические решения функционирования телемедицинской сети, а также предусматривать их адаптацию

к реальным условиям регионов и проведение организационных мероприятий по развитию телемедицинской системы округа. Краеугольный вопрос в развитии этого вида медицинской помощи – высокая стоимость телемедицинских услуг. Однако Правительство Российской Федерации уделяет большое внимание этому вопросу, создан специальный комитет в Государственной Думе, выделяются финансовые средства, что позволяет надеяться на еще более широкое распространение данного вида помощи.

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ ЮЖНОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА РЕФОРМИРУЕТСЯ И СОВЕРШЕНСТВУЕТСЯ

ПРЕДСТАВИТЕЛЬ
МИНЗДРАВА РФ В ЮЖНОМ
ФЕДЕРАЛЬНОМ ОКРУГЕ

Виктор Николаевич
Чернышов



Создание института представителей Министерства здравоохранения Российской Федерации в округах позволило предметно анализировать состояние уровня системы здравоохранения на местах, оперативно решать назревшие проблемы, задачи, определенные в постановлении Правительства Российской Федерации от 5 ноября 1997 года №347 «О Концепции развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации», а также в решениях коллегий Минздрава России 2001–2003 годов. Много сделано в этом направлении в Южном федеральном округе.

Так, на территории Южного федерального округа в 13 субъектах Российской Федерации в интересах около 22 млн. человек развернуто 3318 лечебно-профилактических учреждений территориального подчинения (в том числе: республиканских, областных – 35, диагностических центров – 17, городских и районных больниц – 142 и 356, городских и районных поликлиник – 240 и 469), большинство из которых оснащены современным, дорогостоящим оборудованием, позволяющим проводить обследование и лечение на высоком уровне. Значительное место в оказании медицинской помощи населению ЮФО занимают и лечебные учреждения федерального и ведомственного подчинения.

В округе наблюдается тенденция к увеличению объемов финансирования здравоохранения со стороны руководства субъектов Федерации. С 2002 года на терри-

тории округа начала действовать Федеральная целевая программа «Юг России», рассчитанная до 2006 года. Реализация этой программы позволит дополнительно построить и реконструировать 60 лечебных и санитарно-эпидемиологических учреждений, будет обеспечено техническое переоснащение 30 лечебных учреждений. Общий объем финансовых ресурсов, направленных на здравоохранение, в 2003 году составил 500 млн. руб. В программу включены такие проекты, как строительство и реконструкция инфекционной больницы в Краснодарском крае, клинической больницы в Ставропольском крае, многопрофильной республиканской больницы в Республике Ингушетия, областной клинической больницы в Астраханской области, хирургического корпуса республиканской клинической больницы в Республике Дагестан, терапевтического корпуса областной клинической больницы в Волгоградской области.

Значительная часть проектов направлена на развитие детских лечебных учреждений. В число таких проектов включены: строительство детских больниц в республиках Ингушетия и Адыгея, родильных домов в Республике Калмыкия и Ставропольском крае. Это – перспективы. И все же многое уже сделано.

За последний год благодаря усилиям администрации Ростовской области на капитальный ремонт лечебных учреждений и переоснащение их современным диагностическим оборудованием было выделено 600 млн. руб. В результате введены в строй родильные дома в городах Батайске и Новочеркасске, проводятся капитальные ремонты и реконструкция БСМП №2 и горбольницы №1. В 2003 году сдана в эксплуатацию областная противотуберкулезная больница, сделан капитальный ремонт всех центральных районных больниц. Учреждения здравоохранения области получили 26 рентгеновских установок, 6 флюорографов, 180 единиц автотранспорта. Для крупнейших учреждений здравоохранения приобретены современные компьютерные томографы. Один из последних, 16-срезовый томограф стоимостью 55 млн. руб., получил областной

лечебно-диагностический центр. За последний год все родильные дома полностью обеспечены кюветами и наркозно-дыхательной аппаратурой.

В Ставропольском крае в стадии строительства и реконструкции находятся 36 объектов с общим объемом капитальных вложений 127,7 млн. руб. Для краевой клинической больницы приобретена рентгеновская установка фирмы «Дженерал электрик» стоимостью более 130 млн. руб. На 64 млн. руб. закуплено оборудование для краевого онкодиспансера.

Анализ материально-технической базы Республики Ингушетия показывает, что и здесь активными темпами идет становление системы здравоохранения. В республике приобретается дорогостоящее оборудование (компьютерный томограф, аппараты для гемодиализа и т.д.), введена в эксплуатацию республиканская станция переливания крови, открыты палаты интенсивной терапии для новорожденных при родильных отделениях. В настоящее время разработана проектно-сметная документация на строительство перинатального центра на 160 коек.

Существенные меры по восстановлению материально-технической базы здравоохранения Чеченской Республики принимают федеральные власти и местная администрация. Объем капитальных вложений в строительство больниц и поликлиник в 2003 году составляет 210,0 млн. руб. Наряду с этим продолжаются поставки и монтаж дорогостоящего оборудования, включая рентгеноустановки и т.д.

Хорошие темпы развития материально-технической базы отмечены в Волгоградской области. В дополнение к уже имеющимся ресурсам вводятся новые объекты здравоохранения, увеличиваются объемы дорогостоящих видов медицинской помощи.

Самым динамичным по развитию материально-технической базы здравоохранения является Краснодарский край. Только по статье капитальное строительство в 2002 году было выделено и освоено более 6 млрд. руб. На 2003 год запланировано более 1 млрд. руб. Введены в строй кардиоцентр и нефроцентр в Краснодаре, пусковыми в этом году будут: роддом в Армавире на 130 коек, станция скорой медицинской помощи в Геленджике на 75 тыс. выездов в год, Центр по профилактике и борьбе со СПИДом в г. Краснодаре, поликлиника на 400 пос./смену в ст. Кавказской и т.д. В 2002 году было закуплено оборудования на сумму 364,5 млн. руб. Это – 41 единица рентгенологического оборудования, компьютерный томограф, 131 единица спецавтотранспорта, центральная стерилизационная станция и т.д. На 2003 год запланировано приобретение медицинского оборудования и санитарного транспорта на сумму 252 млн. руб.

Руководителями органов управления здравоохранения субъектов округа проводится большая работа по реформированию системы планирования кадровых ресурсов с учетом структуры потребности отрасли, их рационального размещения и эффективного использования. В основу планирования численности и структуры медицинских кадров Южного федерального округа положена «Программа государственных гарантий бесплатной медицинской помо-

щи гражданам Российской Федерации». Инструментом реализации кадровой службы здравоохранения субъектов округа являются: подбор, расстановка, подготовка, развитие и мотивация персонала к эффективному выполнению работы, оценка качества выполняемой работы.

Численность кадровых ресурсов округа на начало 2003 года составляет 270,2 тыс. человек, в том числе 82,7 тыс. врачей и 187,5 тыс. работников со средним медицинским образованием. В округе увеличивается количество специалистов с высшим и средним профессиональным образованием. Для закрепления молодых врачей-специалистов в сельской местности в ряде субъектов (Ростовская область, Краснодарский край) все большее распространение получает контрактная система трудоустройства. Так, молодым специалистам в первоочередном порядке предоставляется жилье и выплачиваются надбавки к заработной плате из бюджета региона.

Научный потенциал здравоохранения округа представляют 7 высших медицинских учебных заведений и 10 научно-исследовательских институтов с численностью сотрудников – 6,5 тыс. чел., активное участие которых позволяет решать задачи по охране здоровья населения округа на высоком профессиональном уровне.

Однако медработников явно не хватает. Обеспеченность округа врачами из расчета на 10 тыс. населения составляет 38,6, что ниже показателя по стране (42,2), а средними медработниками – 90. Анализ обеспеченности врачами по территориям показывает их неравномерное распределение от 57 в Астраханской области до 15,7 в Республике Ингушетия, соответственно средними медработниками от 131 в Республике Калмыкия до 34 в Республике Ингушетия. Учитывая эту проблему, Минздравом России в 2003 году на 20% увеличен прием студентов в медицинские вузы ЮФО.

Врачи и средние медработники округа постоянно повышают свой профессиональный уровень: так, квалификационную категорию имеют 41,9% (17,3% – высшую, 19,4% – первую, 5,2% – вторую) среди врачей и 46,6% (17,9% – высшую, 23,1% – первую, 5,6% – вторую) средних медработников. Большинство врачей округа имеют сертификаты специалистов (68,1%) от 85% в Астраханской области до 21% в Волгоградской области, соответственно средние медработники (50,8%) от 84% в Ставропольском крае до 3% в Республике Карачаево-Черкесия.

На волне развития региональной политики Минздрава России в Южном федеральном округе создан Координационный совет по послевузовскому и дополнительному профессиональному образованию специалистов здравоохранения в количестве 34 человек. Совет создан в целях обеспечения организационно-методического руководства, контроля и координации деятельности медицинских образовательных учреждений высшего, среднего и дополнительного профессионального образования, органов управления здравоохранения субъектов ЮФО и региональных отделений Российской медицинской ассоциации по осуществлению единой государственной политики в области повышения квалификации и профессиональной переподготовки кадров здравоохранения ЮФО в интересах личности, общества и государства.



Только на базе Ростовского государственного медицинского университета в интересах ЮФО ежегодно проходят повышение квалификации и сертификацию более 5,5 тыс. человек.

Создание Отделения Центральной аттестационной комиссии (ЦАК) Министерства здравоохранения Российской Федерации на базе Ростовского ГМУ в значительной мере упростило и ускорило аттестацию врачебного состава округа.

Для реализации задач и выполнения функций Отделением ЦАК Минздрава России утвержден состав экспертных групп по направлениям: терапия, педиатрия, хирургия, акушерство и гинекология, патологическая анатомия, сестринское дело, стоматология, организация здравоохранения и медицина катастроф.

Важным шагом развития регионального здравоохранения стало создание института главных внештатных специалистов округа, создание Южного окружного медицинского центра Минздрава России, а также придание функций головного учреждения в интересах ЮФО: Ростовскому НИИ акушерства и педиатрии, центру государственного санитарно-эпидемиологического контроля в Ростовской области.

Южному окружному медицинскому центру Минздрава России определены основные направления деятельности:

- информационно-аналитическая деятельность (мониторинг) по оценке состояния здоровья населения округа, медицинских резервов и разработка наиболее эффективных методов управления здравоохранением;
- организация работы главных внештатных специалистов здравоохранения округа;
- оказание лечебной, профилактической, диагностической, реабилитационной и консультативной медицинской помощи в стационарных и амбулаторных условиях ранее прикрепленному контингенту, а также контингенту, определяемому Минздравом России;
- формирование и обеспечение системы контроля качества проводимых лечебных, профилактических, диагностических и реабилитационных мероприятий в стационарных и амбулаторных условиях;
- организационно-методическая деятельность по внедрению новых передовых методов диагностики и лечения заболеваний, проведение научно-исследовательских работ, апробаций и клинических испытаний новой медицинской техники и лекарственных средств;
- разработка принципов планирования и эффективного расходования финансовых средств в условиях формируемого медико-социального страхования;
- создание и апробирование механизмов многоканального финансирования, основанного на объемах оказания медицинской помощи, стимулирующей оплату труда.

В состав Южного окружного медицинского цент-

ра на правах обособленных структурных подразделений (филиалов) вошли 24 лечебно-профилактических учреждения общей мощностью 2160 стационарных коек.

В Южном федеральном округе органами управления здравоохранением субъектов Российской Федерации, учреждениями здравоохранения федерального подчинения при активном участии главных внештатных специалистов проводится определенная работа по развитию и совершенствованию специализированных видов медицинской помощи, в том числе высокотехнологичных (дорогостоящих), реструктуризации коечной сети, внедрению современных механизмов управления качеством в здравоохранении на основе международных стандартов. Так, по итогам работы 2000 и 2001 годов два учреждения здравоохранения округа – Центральная бассейновая больница (ныне Южный окружной медицинский центр Минздрава России) и Ставропольская краевая клиническая больница Минздрава Ставропольского края – были удостоены премий Правительства Российской Федерации в области качества.

В большинстве территорий ЮФО получают развитие различные виды специализированной медицинской помощи, а в учреждениях здравоохранения федерального подчинения и территориальных ЛПУ ряда регионов (Ростовская и Волгоградская области, Краснодарский и Ставропольский края, Кабардино-Балкария, Дагестан, Северная Осетия–Алания и др.) оказываются высокотехнологичные (дорогостоящие) виды специализированной медицинской помощи.

На долю Южного федерального округа определена квота в 14 343 человека для оказания высокотехнологичной (дорогостоящей) медицинской помощи, что составляет около 12% от общего объема помощи по Российской Федерации. В перечень федеральных учреждений, оказывающих высокотехнологичную (дорогостоящую) медицинскую помощь, входят 5 учреждений из Южного округа: Ростовский государственный медицинский университет, Ростовский научно-исследовательский онкологический институт, Ростовский научно-исследовательский институт акушерства и педиатрии, Российский центр функциональной хирургической гастроэнтерологии (г. Краснодар) и Южный окружной медицинский центр. Общая квота по этим учреждениям составляет 7130 больных, т.е. около 50% определенного по округу объема помощи.

Развитие высокотехнологичных (дорогостоящих) видов медицинской помощи в округе сегодня невозможно без использования телемедицинских технологий.

Заслуживает внимания положительный опыт работы Южного окружного медицинского центра Минздрава России по внедрению и широкому использованию телемедицинских технологий в лечебно-диагностической практике и обучении врачей и средних медицинских работников, получивший одобрение на парламентских слушаниях, а также со стороны экспертов ВОЗ и ведущих телемедицинских центров страны.

С 2000 года телемедицинский центр поддерживает устойчивую телеконференцсвязь с 18 ведущими медицинскими центрами России и других стран, включая Нацио-



нальный медико-хирургический центр, Научный центр сердечно-сосудистой хирургии им. А. Н. Бакулева, Российский научный центр хирургии РАМН, Медицинский центр Управления делами Президента Российской Федерации, Московскую медицинскую академию им. Сеченова и др. За три года работы Центром проконсультировано с ведущими специалистами страны около 200 пациентов, более 50 больных отобрано на лечение по высокотехнологичным (дорогостоящим) видам медицинской помощи.

В мае 2003 года совместно с Московской медицинской академией им. Сеченова проведен один из первых в стране сертификационных циклов усовершенствования в режиме телеконференцсвязи для врачей анестезиологов-реаниматологов Южного федерального округа.

В ЮФО значительное внимание уделяется таким видам специализированной медицинской помощи, как кардиология и кардиохирургия.

Кардиологическая помощь в ЮФО оказывается в 5 диспансерах и стационарных отделениях больниц на 7040 коек и более чем в 250 кардиологических кабинетах поликлиник. Обеспеченность кардиологическими койками в 2002 году составила 0,41 на 1000 жителей.

Сетевой и кадровый потенциал округа по сердечно-сосудистой хирургии состоит из 340 коек и 180 врачей. Значительный объем оперативных вмешательств выполняется в Ростовской области (4087), Краснодарском крае (3220) и Волгоградской области (1402).

Высокие и постоянно растущие показатели общей и первичной заболеваемости болезнями системы кровообращения населения ЮФО – общая заболеваемость по округу в 2002 году составила 151,5 случая на 1000 населения (в Волгоградской области – 205,4, в Ростовской области – 199,1), первичная – 21,5 (в Ростовской области – 30,3, Астраханской области – 29,3). Сложившееся положение в области сердечно-сосудистой хирургии требует срочных мер по приоритетному развитию этого профиля.

Учитывая отсутствие развитой кардиохирургии в федеральных учреждениях округа, следует сконцентрировать внимание на укреплении и развитии существующих территориальных кардиохирургических центров в Ростове-на-Дону, Краснодаре и Волгограде с выделением головных центров кардиохирургии в округе и придании им федеральных функций.

Обеспеченность хирургическими койками на 1000 населения по регионам колеблется от 0,32 в Республике Ингушетия до 1,2 в Волгоградской области, в среднем составляя по округу 0,74. Перед хирургической службой в округе стоит задача технологического совершенствования с преимущественным развитием высоких технологий. К новым направлениям, требующим незамедлительного освоения и внедрения в практику в области стационарной хирургии, относятся сосудистая хирургия, хирургия печени, поджелудочной железы, сонной артерии, торакоскопическая и урологическая эндохирургия, проктология и хирургия щитовидной железы. В области амбулаторной хирургии, учитывая современные тенденции преимущественного развития стационарозамещающих технологий, необходимо широко практиковать полномерные несложные операции, абдоминальные и проктологические эндо-

скопические вмешательства, оперативные вмешательства на ЛОР-органах, криодеструкцию ряда новообразований.

В ЮФО пристального внимания заслуживает специализированная помощь больным бронхолегочной патологией. Заболевания органов дыхания нетуберкулезной этиологии составляет 16,6% в структуре общей заболеваемости в целом по ЮФО, а в Калмыкии (19,8), Ингушетии (26,6), Северной Осетии (19,3), Ставропольском крае (19,4). При этом в целом по ЮФО функционирует 2416 пульмонологических коек, большинство из которых сосредоточены в Волгоградской области – 455, Краснодарском крае – 650, Ростовской области – 245, Кабардино-Балкарии – 260.

Лапароскопические операции в общем числе полостных оперативных вмешательств составляют: в Ставропольском крае – до 80%, в Республике Дагестан – 76,3%, в Республике Северная Осетия – Алания – 63%, в Краснодарском крае – 50%.

Центры экстракорпорального оплодотворения функционируют в Ростовской области, Республике Дагестан, Краснодарском крае, Республике Северная Осетия – Алания и Астраханской области.

В последние годы получили развитие такие специализированные виды акушерско-гинекологической помощи, как органосохраняющие операции, урогинекология, лапароскопические операции и т.п. Большая роль в этом принадлежит Ростовскому НИИ акушерства и педиатрии.

Обеспеченность врачами травматологами-ортопедами колеблется от 0,2 в Ингушской Республике до 1,1 в Республике Северная Осетия, составляя в среднем по округу 0,6. Следует отметить высокий уровень специалистов, из которых сертифицированы 70,4%, имеют высшую квалификационную категорию 22,6%, первую – 19,0%, вторую – 5,9%.

Все травматолого-ортопедические отделения субъектов ЮФО работают с достаточной нагрузкой, причем показатель работы койки по округу составляет 478,9 дня и свидетельствует о недостаточности коечного фонда. Это особенно актуально для Астраханской области (446,9 дня), Краснодарского края (365,5 дня), Республики Северная Осетия – Алания (352,6 дня), что отражает необходимость приведения количества коек по специальности в соответствие с нормативами.

Злокачественные новообразования остаются одной из острых медико-социальных проблем. Онкологическая заболеваемость неуклонно растет. В Российской Федерации количество онкологических больных более 2 млн. человек, или 1,4% населения страны. Заболеваемость по ЮФО на 10 тыс. населения составила 295,1 (РФ – 316,2). В ЮФО активно работают онкологические учреждения – 22 диспансера и Ростовский НИИ онкологии, являющийся лечебно-консультативным и организационно-методическим центром округа. Всего в округе развернуто 4037 онкологических коек.

Для охраны здоровья женщин и детей в регионах ЮФО были разработаны и приняты региональные целевые программы по приоритетным проблемам, требующим первоочередного решения: «Охрана материнства и детства»; «Безопасное материнство»; «Дети-инвалиды»; «Здоровый ребенок» и др.



В рамках указанных программ, являющихся составной частью президентской программы «Дети России», продолжается строительство и реконструкция детских и акушерских лечебно-профилактических учреждений.

В Карачаево-Черкесской Республике на базе Республиканского роддома открыто отделение реанимации и интенсивной терапии для новорожденных на 10 коек, отделение II этапа выхаживания недоношенных и патологии новорожденных на 20 коек.

В Республике Кабардино-Балкария начало работать отделение новорожденных на базе Республиканского перинатального центра. При Республиканской детской клинической больнице Чеченской Республики создано отделение патологии новорожденных на 10 коек. Кроме того, в 2002 году в республике введены в строй Республиканский Центр охраны матери и ребенка, консультативно-диагностическая поликлиника при Республиканской детской больнице, детское соматическое отделение на 40 коек в Грозном.

В Ростовской области открыт областной перинатальный центр на базе городской больницы № 20 г. Ростова-на-Дону. Для этих целей выделены и полностью освоены средства на капремонт и приобретение медоборудования. В указанном Центре развернуто реанимационное отделение для недоношенных детей.

В Республиканской клинической больнице Дагестана открыты реанимационное отделение для новорожденных, отделение патологии новорожденных и выхаживания недоношенных детей.

В Краснодарском крае проведены и находятся в стадии завершения капитальные ремонты родильных стационаров Сочи и ряда других городов и районов. В 2003 году продолжено строительство родильного дома в Армавире.

Практически во всех территориях ЮФО есть службы детской анестезиологии и реанимации. В республиканских, краевых, областных и городских больницах отделения детской анестезиологии и реаниматологии, как правило, являются центрами, где имеются отделения для новорожденных, либо для этих пациентов выделены специальные койки в общих отделениях интенсивной терапии во взрослой лечебной сети.

В рамках региональных целевых программ продолжается оснащение детских и родовспомогательных учреждений современным медицинским оборудованием и аппаратурой, обеспечение медикаментами.

В Карачаево-Черкесской Республике за счет средств федерального бюджета в рамках реализации программы «Безопасное материнство и охрана здоровья детей в Карачаево-Черкесской Республике на 2000–2002 годы» выделена диагностическая аппаратура на 0,58 млн. рублей.

В Краснодарском крае по программе «Безопасное материнство и детство» в 2002 году закуплено 23 инкубатора для новорожденных, аппараты ИВЛ для взрослых и новорожденных, аппараты УЗИ, гистероскопы.

На реализацию региональной программы «Охрана материнства и детства» в Республике Ингушетия выделенные Федеральным фондом ОМС средства направлены на оснащение родильных и гинекологических отделений, врачебных амбулаторий, приобретение ле-

чебно-диагностической аппаратуры, медицинского оборудования, инструментария. Проведена реконструкция женских консультаций, открыты кабинеты специализированного приема для женщин и подростков.

В Астраханской области, в рамках региональной целевой программы «Детство и материнство на 2001–2003 гг.» было организовано и оснащено реанимационное отделение для новорожденных в родильном отделении Областной клинической больницы, а также оснащены дыхательной аппаратурой и кюветами родильные отделения трех районов.

На реализацию региональной программы «Дети Адыгеи» в Республике Адыгея 80% средств будет выделено Федеральным и Республиканским фондом обязательного медицинского страхования. В 2002 году все программы профинансированы на 100% (программа «Безопасное материнство» – на 86,8% за счет средств федерального бюджета). В республике в 2000 году организован Перинатальный центр, а в 2001-м – отделение реанимации и интенсивной терапии новорожденных детей, которое оснащено современной лечебно-диагностической аппаратурой, на базе Адыгейской республиканской детской клинической больницы организован Реанимационно-консультативный центр.

В Ставропольском крае по программе «Снижение перинатальной и младенческой смертности» приобретены реанимационные комплекты, дыхательная и другая аппаратура, неонатальные столы.

В Карачаево-Черкесской Республике благотворительными фондами приобретено медицинское оборудование, рентгенаппарат, реанимобиль, мебель для детского реанимационного отделения Республиканского роддома. Развивается международное сотрудничество.

В Республике Северная Осетия – Алания реализуется Программа по охране здоровья матери и ребенка при поддержке правительства Италии.

По программе «Дети семей беженцев и вынужденных переселенцев» за счет средств Управления Верховного комиссара ООН по делам беженцев в Республике Северная Осетия–Алания приобретено медицинское оборудование для Республиканской детской больницы на сумму 20,2 тыс. долл. США. Продолжается процесс реструктуризации в детских и родовспомогательных учреждениях. Изменилась структура коечного фонда: увеличилось количество гинекологических коек, возрастает доля коек патологии беременности в структуре акушерских коек в большинстве территорий округа.

За последние 3 года число стационарных коек для детей сократилось на 4,9%. Сокращение произошло в основном за счет педиатрических коек на 9,8%, при этом число специализированных коек для детей увеличилось на 0,2%.

В регионах ЮФО увеличилось число аллергологических, нейрохирургических, урологических, онкологических коек, а также коек восстановительного лечения, открываются детские офтальмологические отделения на базе краевых, республиканских и областных больниц. Так, в 2002 году на базе Областной детской больницы Ростова-на-Дону открыто детское офтальмологическое отделение на 20 коек.



За последние 3 года отмечается увеличение коек патологии новорожденных и II этапа выхаживания недоношенных.

Отделения реанимации и интенсивной терапии для детей или палаты реанимации и интенсивной терапии организованы во всех территориях округа, в том числе и в Чеченской Республике.

Организованы выездные акушерско-реанимационные и неонатологические бригады для оказания круглосуточной экстренной помощи женщинам и детям, реанимационно-консультативные центры (РКЦ) при краевых, республиканских и областных детских больницах с целью совершенствования неотложной помощи детям.

Заслуживает внимания организация неотложной помощи новорожденным детям в Астраханской области. На базе отделения интенсивной терапии и реанимации организован неонатальный филиал областного реанимационно-консультативного центра (РКЦ) областной детской клинической больницы с применением единой системы наблюдения за больными детьми, находящимися в родильных домах, стационарах города и районов области, педиатрических участках города.

Внедряются новые организационные формы деятельности детских стационаров, накоплен опыт оказания в детских больницах медицинских услуг матерям, госпитализированным по уходу за детьми (Республика Дагестан, Ростовская, Астраханская области и др.).

Продолжается организация таких перспективных форм догоспитальной медицинской помощи, как дневные стационары и стационары на дому. Вместе с тем медленно развивается сеть дневных стационаров для детей, их удельный вес составляет лишь около 2% от детского коечного фонда (в РФ – 2,9%). В Республике Калмыкия в 2001 году койки дневного пребывания для детей составили 7% от числа педиатрических коек.

Стационарозамещающие технологии в виде дневных стационаров, коек дневного пребывания для женщин получили развитие в большинстве регионов округа.

В настоящее время в лечебно-профилактических учреждениях акушерско-гинекологического профиля организовано и функционирует 202 дневных стационара на 2073 койки, что составляет 8,5% от всех гинекологических коек.

В практику службы охраны здоровья женщин-матерей внедряются современные методы перинатальных технологий, обеспечивающие рациональное ведение беременности и родов, профилактику осложнений при родах у матери, плода и новорожденного.

В родильных отделениях внедрены протоколы первичной реанимации новорожденных в родзале, протоколы ведения нормальных и патологических родов, практикуется раннее прикладывание новорожденных к груди в родильном зале в первые 30 минут после рождения, совместное пребывание матери и ребенка в одной палате.

Для повышения эффективности и лечения стационарных больных, рационального использования средств проводится работа по внедрению формулярной системы лекарств.

В Ставропольском крае на базе краевого диагностического Центра внедрена диагностическая компьютерная программа «Лондонская база данных» для диагностики синдромной патологии, программа мониторинга с целью регистрации врожденных пороков развития у новорожденных.

В Республике Северная Осетия–Алания создается компьютерная сеть для проведения мониторинга состояния беременных и детей до 1 года.

В Карачаево-Черкесской Республике и республиканском роддоме и ряде ЦРБ организован автоматизированный мониторинг за состоянием здоровья беременных.

Совершенствуется система родового наблюдения женщин, включая все виды пренатальной диагностики. Результатом работы является предупреждение рождения за последний год 716 детей с тяжелой врожденной патологией.

В соответствии с рекомендациями ВОЗ/ЮНИСЕФ проводится работа по возвращению в практику современной перинатальной технологии – грудного вскармливания. Полностью перешли на совместное пребывание матери и ребенка (в сочетании с ранним прикладыванием к груди) и сертифицированы МЗ РФ и ЮНИСЕФ на звание «Больница, благожелательная к ребенку» акушерские стационары в Волгоградской и Астраханской областях, Краснодарском и Ставропольском краях, в Республике Калмыкия, что привело к значительному экономическому и медицинскому эффекту.

Так, показатели частоты гнойно-септической инфекции новорожденных в стационарах Волгоградской области снизились до 2,1% (почти в 10 раз), в Ставропольском крае в 2–3 раза сократилось число послеродовых эндометритов, в Астраханской области на 60% сократилось число конъюгационных желтух среди новорожденных детей, они протекают в легкой форме и не требуют специального лечения.

Проживание значительной части детей в сельских населенных пунктах (мелких, отдаленных, высокогорных) в ряде случаев делает неразрешимой проблему обеспечения равного доступа женщин и детей к квалифицированной медицинской помощи. Для решения этой проблемы формируются бригады специалистов, которые систематически выезжают в районы для оказания консультативной помощи (республики Дагестан, Калмыкия, Краснодарский край, Ставропольский край, Ростовская область и др.).

Заслуживает внимания положительный опыт Ставропольской медицинской академии по шефству постоянно закрепленных специалистов педиатрических и акушерских кафедр над сельскими районами.

С целью оказания высокотехнологических и специализированных видов медицинской помощи женщинам и детям в ЮФО действует ряд крупных центров.

Ростовский НИИ акушерства и педиатрии Минздрава России – крупнейший лечебно-диагностический и научный Центр охраны материнства и детства ЮФО. Институт участвует в выполнении научных программ Минздрава России, целевых федеральных и президентских программ по актуальным проблемам акушерства,



гинекологии и педиатрии. На базе института создан региональный Центр анестезиологии и реаниматологии в акушерстве и неонатологии.

Одним из отделений института является детское эндокринологическое отделение, которое выполняет функции Детского эндокринологического центра, оказывающего лечебно-диагностическую и реабилитационную помощь детям и подросткам Ростовской области, Адыгеи, Ингушетии, Калмыкии и другим территориям округа.

Медико-генетическая лаборатория во взаимодействии с другими подразделениями института на сегодняшний день не только выполняет функции областной медико-генетической консультации, но и принимает на консультацию семьи из других территорий ЮФО.

В Волгоградской области введен в строй Центр слуха и речи, МНТК «Микрохирургия глаза».

В Республике Дагестан на базе диагностического центра после реорганизации открыт Республиканский эндокринологический центр. Созданы Республиканский центр охраны нервно-психического здоровья детей и подростков, Республиканский детский пульмонологический центр, Республиканский центр планирования семьи и репродукции человека.

Минздравом России Волгоградскому областному кардиологическому центру присвоен статус Межрегионального центра по профилям: кардиология и кардиохирургия. Центр принимает больных из республик Калмыкия, Карачаево-Черкесии, Кабардино-Балкарии, Адыгеи, Ставропольского края и других регионов Юга России.

В Краснодарском краевом кардиодиспансере оперируют детей, в том числе до 1 года при весе свыше 7–8 кг.

Для улучшения специализированной помощи детям с гематологическими и онкологическими заболеваниями были разработаны и приняты программы: «Детская онкогематология», «Детская гематология», «Детская онкология» (Ростовская область, Краснодарский и Ставропольский края).

В рамках Федеральной целевой программы «Дети-инвалиды» проводятся мероприятия по профилактике детской инвалидности. За последние годы увеличилось число детей, рождающихся с врожденными аномалиями развития и наследственными заболеваниями.

С 1999 года на территориях Южного федерального округа проводится мониторинг врожденных пороков развития плодов и детей.

Проведение в территориях ЮФО неонатального скрининга на фенилкетонурию и врожденный гипотиреоз позволило только за последний год выявить более 164 больных с гипотиреозом и ФКУ, что предотвращает их тяжелую необратимую инвалидность. Процент охвата новорожденных скринингом на ФКУ ежегодно увеличивается. За последний год в целом по округу он составил 92,8%, на врожденный гипотиреоз приходится 87,5%.

За последние годы отмечается ухудшение показателей, характеризующих качество здоровья женщин и детей всех возрастов.

В ходе проведения диспансеризации (2002 год) осмотрено 97,8% детей. Выявлено детей с отклонениями в состоянии здоровья 54,7% (2 млн. 850 тыс.)

Наиболее высокий процент в отклонении состояния здоровья у детей в Чеченской Республике (74,8%), Республике Дагестан (64,5%), Республике Адыгея (68%), Республике Ингушетия (65,5%), Республике Калмыкия (63,3%), в Республике Северная Осетия – Алания, Краснодарском крае, Астраханской, Волгоградской и Ростовской областях на уровне 55,6–50,0%, значительно ниже этот показатель в Республике Карачаево-Черкесия и Кабардино-Балкария, соответственно 48,9% и 39,2%.

Обращает на себя внимание рост патологии с возрастом в большинстве территорий. Так, в возрасте 7–18 лет выявлено детей с отклонениями в состоянии здоровья 56,9%, в возрасте 0–6 лет – 49,1%.

В основном дети страдают заболеваниями органов дыхания, пищеварения, опорно-двигательного аппарата. Но вместе с тем отмечается рост болезней крови и органов кроветворения, эндокринной системы, болезней глаз и его придаточного аппарата среди детей от 7–18 лет.

В территориях ЮФО, как и в целом по стране, в последние годы отмечается прогрессирующее ухудшение состояния психического здоровья детей, в том числе уже в ранние периоды детства (Республики Дагестан, Ингушетия, Чеченская). В Республике Дагестан только инвалидность по психическим расстройствам возросла на 73,5%.

Состояние здоровья детей тесно связано с состоянием репродуктивного здоровья населения, и прежде всего женщин и подростков.

В территориях ЮФО организована сеть кабинетов планирования семьи. На межведомственном уровне решаются вопросы полового воспитания молодежи. Работают межведомственные комиссии во всех регионах.

Одно из направлений деятельности центров в охране репродуктивного здоровья – работа с девочками-подростками.

В территориях ЮФО проводится работа по охране репродуктивного здоровья девочек-подростков и организации им гинекологической помощи.

С целью организации стационарной помощи девочкам выделены койки в гинекологических отделениях ЛПУ ЮФО, хирургических отделениях республиканских и областных детских больниц (республики Адыгея, Калмыкия, Астраханская область), в отделении патологии репродуктивной системы Республиканского перинатального центра (Республика Кабардино-Балкария).

В Ростовской области специализированная гинекологическая помощь детям и подросткам осуществляется на базе Ростовского научно-исследовательского института акушерства и педиатрии, где в составе гинекологического отделения выделены 15 детских коек.

Реализация вышеназванных региональных целевых программ в рамках Президентской программы «Дети России» за период 2000–2002 годов способствовала укреплению материально-технической базы детских и родовспомогательных учреждений, совершенствованию системы охраны репродуктивного здоровья и безопасного материнства, снижению материнской и младенческой смертности.

В 2002 году показатель младенческой смертности в Южном федеральном округе снизился по сравнению



с 2000 годом на 15,4% – с 16,9 до 14,3 на 1000 родившихся (РФ – 13,3). Показатель материнской смертности за тот же период снизился на 14,8% – с 39,3 до 33,5 на 100 тыс. родившихся живыми (РФ – 36,6). Снижение показателей произошло в большинстве регионов округа.

Приступая ко второму этапу диспансеризации, определены первоочередные задачи, среди которых важнейшими являются:

1. Создание в субъектах межведомственных советов с участием органов управления здравоохранением, образования, труда и социального развития, фонда социального страхования, правоохранительных служб с целью координации работы по вопросам охраны здоровья детей.
2. Проведение комплексных научных исследований по вопросам дальнейшего совершенствования системы охраны здоровья, пересмотра учебных программ в образовательных школах с учетом физиологических особенностей детей и состояния здоровья, разработки новых медицинских, педагогических, социально-правовых технологий, включая формирование у детей и подростков установок на здоровый образ жизни.
3. Реализация федеральных и региональных целевых программ охраны материнства и детства с финансовым и материально-техническим обеспечением и созданием оздоровительных и реабилитационных комплексов (санаториев, профилакториев, лесных школ, спортивных лагерей, лагерей труда и отдыха, центров досуга, спортивных сооружений, площадок и др.).
4. Укомплектование медицинскими кадрами детских ЛПУ, образовательных учреждений разных типов и оздоровительных учреждений, разработка и реализация межкафедральных программ подготовки повышения квалификации медицинских и педагогических кадров по вопросам охраны здоровья.
5. Обеспечение реализации региональных целевых программ «Здоровый ребенок», «Дети-инвалиды», «Сахарный диабет» и др. с проведением мониторинга состояния здоровья, медикаментозного обеспечения, санаторно-курортного лечения детей подросткового возраста.

В соответствии с основными положениями концепции развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации в Южном федеральном округе происходит поэтапное реформирование системы организации медицинской помощи населению. Приоритетным становится амбулаторное звено, акцент делается на профилактику заболеваний. В этих условиях основная роль в системе первичной медико-санитарной помощи отводится врачам общей практики, работающим в структуре амбулаторных учреждений.

В субъектах Южного федерального округа растет количество врачей, занимающихся общей врачебной практикой. Однако количество фактически работающих специалистов меньше, чем было подготовлено медицинскими вузами.

Новое направление медицины интенсивно развивается в Ростовской области, Волгоградской, Астраханской областях, Краснодарском и Ставропольском краях, Республике Дагестан.

В Волгоградской области постановлением Волгоградской областной Думы от 23 января 2003 года впервые принята областная целевая программа «Врач общей практики» на 2003 год, с финансированием за счет средств областного бюджета в сумме 561,0 тыс. рублей; основными мероприятиями программы являются приобретение оборудования для оснащения кабинетов врача общей практики.

В Краснодарском крае подготовлена и внесена в Законодательное Собрание Краснодарского края целевая программа «Развитие амбулаторной помощи», включающая в себя фрагмент, посвященный развитию общеврачебной практики.

В Дагестане для приведения оснащения ВОП в соответствие с приказом Минздрава России от 20.11.2002 года №350 в республике разработан план мероприятий по оснащению амбулаторно-поликлинических учреждений, где имеются врачи общей практики, медицинским оборудованием и инструментарием, что будет осуществляться по мере поступления финансовых средств.

В Ростовской области образовано региональное отделение Общероссийской ассоциации ВОП. Проведена организационная работа по созданию ассоциации врачей общей практики (семейных врачей) в Южном федеральном округе. Проводится координация работы по созданию областной программы врачей общей практики (семейной медицины).

В мае 2003 года в городе Ростове-на-Дону был организован учебно-научно-методический центр «Общая врачебная (семейная) практика» на базе кафедры «Общая врачебная (семейная) практика» факультета повышения квалификации Ростовского ГМУ. Начата реализация программы по развитию сети семейных врачей и созданию кабинетов врачей общей практики (семейных врачей) в Ростове-на-Дону. В перспективе развития семейной медицины в Ростовской области планируется продолжить переподготовку врачей сельских амбулаторий по специальности «Общая врачебная практика» по очно-заочной форме обучения на базе ФПК Ростовского ГМУ.

Руководителям обозначенных территорий поручено решить вопросы по организации работы и обеспечению рабочего места врача общей практики во врачебных амбулаториях.

Важным шагом стало создание Совета по сестринскому делу в ЮФО. В состав этого Совета вошли главные специалисты по сестринскому делу субъектов ЮФО, директора базовых медицинских колледжей. Это направление работы приобрело системный характер и стало способствовать координации в системе подготовки и усовершенствования медицинских работников со средним образованием практически во всех субъектах ЮФО.

Для Южного федерального округа в последние годы стало характерным возникновение различных бедствий, чрезвычайных ситуаций и террористических актов, приводящих к значительным санитарным потерям и че-



ловеческим жертвам и вызывающих необходимость привлечения значительных медицинских сил и средств для ликвидации их последствий: теракты в городах Бундновске, Владикавказе, Буйнакске, Волгодонске, Минеральные Воды, Каспийске, Краснодаре, Кисловодске, Грозном и других населенных пунктах Чеченской Республики, г. Магасе; стихийные бедствия в виде затоплений, схода лавин и др.

В ликвидации последствий перечисленных событий, как правило, принимают участие все структуры власти: по линии Правительства Российской Федерации, полномочного представителя Президента Российской Федерации в ЮФО, администрации территорий, Минздравом России, Представителем Минздрава России в ЮФО, органами управления здравоохранением территорий ЮФО. В ходе ликвидации последствий этих чрезвычайных ситуаций огромный опыт у перечисленных структур, в частности, у медицинских работников.

Решение Минздрава России о совершенствовании службы медицины катастроф в ЮФО определяет концепцию и пути развития ее в таком «беспокойном» регионе, как ЮФО. Своевременным мероприятием стало создание филиала Всероссийского центра медицины катастроф «Защита» в ЮФО, призванного управлять и координировать действия всех сил и средств медицины катастроф в Южном федеральном округе с главной задачей – объединения этих сил и средств построения эффективной, единой системы экстренной медицинской помощи населению округа в случае ЧС (катастроф локального, территориального, регионального уровня) – и органично вписывающегося в систему Всероссийской службы медицины катастроф как ее составляющая.

Весьма разумным и эффективным мероприятием стало объединение (включение) службы скорой медицинской помощи в систему медицины катастроф в Республике Дагестан и Краснодарском крае. Состоятельность такой системы доказана во время боевых действий на территории Дагестана в 1999 году и других крупных ЧС (теракты в Буйнакске, Каспийске). По этому же пути развивается территориальная служба медицины катастроф в Краснодарском крае.

При создании такой организации службы в ЮФО значительно упрощается решение вопросов взаимодействия, взаимопомощи между территориями в случаях ЧС регионального масштаба.

Большое внимание филиал ВЦМК «Защита» в ЮФО уделяет вопросу создания полноценной психолого-психиатрической службы медицины катастроф округа, что, с нашей точки зрения, крайне необходимо для выполнения задач психологической реабилитации спасателей, медицинских работников, сотрудников МВД, ФСБ, принимающих участие в непосредственной ликвидации медицинских последствий ЧС, в ходе ее и по окончании. Выявлению психологической устойчивости контингента спасателей и медработников, их готовности к работе в ЧС, психофизиологической и психиатрической реабилитации пострадавших. Такая работа в настоящее время проводится, формируется программа, на базе филиала в ЮФО создается психофизиологическая лаборатория.

Значительное время уделяется учениям сил и средств медицины катастроф, тренировкам персонала по действиям в условиях ЧС.

Решаются вопросы целевого инвестирования программ развития на 2003–2006 годы, как филиала ВЦМК «Защита» в ЮФО, так и территориальных центров республик, краев и областей, входящих в состав нашего округа.

Выполнение этих программ и укрепление материально-технической базы филиала, ТЦМК территорий, создание единой системы связи, оповещения с использованием самых современных систем и телекоммуникации, позволит в конечном счете успешно выполнить главную задачу: спасение жизни населения, пострадавшего в различного рода ЧС, техногенных, природных катастрофах.

Таким образом, за последнее время благодаря целенаправленной политике Правительства Российской Федерации, Минздрава России и ВЦМК «Защита» в Южном федеральном округе произошли значительные положительные изменения: активизировалась работа территориальных центров, их руководителей, руководителей здравоохранения и администраций субъектов ЮФО. Согласованы вопросы координации и более тесного взаимодействия филиала и ТЦМК на местах с силами МЧС ГО, МВД в ЮФО.

Рациональная организация лекарственного обеспечения населения – одно из приоритетных направлений в осуществлении социальной политики, проводимой органами исполнительной власти субъектов Южного федерального округа.

По состоянию на начало 2003 года фармацевтический рынок округа представлен 5769 розничными учреждениями (организациями), из них 1369 государственной формы собственности – 24% и 4400 частной формы собственности – 76% (2001 год – 5201, из них государственных 1424 – 27,3%).

Большое количество действующих аптечных учреждений сделало лекарственную помощь территориально доступной. Имеющийся ассортимент лекарственных средств и изделий медицинского назначения, а он колеблется в субъектах ЮФО от 700 до 6000 наименований, позволяет эффективно проводить полноценные лечебные процессы.

Анализ приведенных выше цифр в 2001–2002 годах доказывает стабильное развитие фармацевтического рынка в субъектах ЮФО.

В 2003 году наметилась тенденция снижения количества действующих аптечных учреждений (в основном это мелкорозничная сеть), и это связано с введением в действие новых отраслевых стандартов, регламентирующих порядок оптовой и розничной реализации лекарственных средств, в которых были ужесточены лицензионные требования и условия как к оптовым, так и к розничным предприятиям. На фармацевтическом рынке стали появляться более крупные аптечные учреждения, в том числе и аптечные сети, а мелкорозничная сеть становится товаропроводящей.

В аптечных учреждениях ЮФО фармацевтическая деятельность осуществляется 20 240 фармспециалистами,



из них 10 962 провизорами, 9278 фармацевтами. Из общего количества провизоров и фармацевтов – 94% (19 тыс. человек) имеют сертификаты специалистов. Проблема усовершенствования фармацевтических работников в ЮФО отсутствует. Имеется достаточный потенциал учебных заведений, позволяющих решать эту проблему (Пятигорская государственная фармацевтическая академия, Ставропольский базовый медицинский колледж, Северо-Осетинский медколледж, фармфакультет Волгоградской медакадемии, Майкопский медколледж).

Проводится целенаправленная работа по вопросу сдерживания цен и обеспечения ценовой доступности лекарственной помощи всем слоям населения. Во всех субъектах ЮФО в 2002 году постановлениями и распоряжениями Правительства были утверждены предельно допустимые торговые надбавки на лекарственные средства, которые колеблются в розничном звене от 10 до 50%, в оптовом звене – от 8 до 15%. Ежемесячно информация об утвержденных оптовых и розничных надбавках передается в Минздрав России, а затем публикуется. Тем самым создается возможность широкого информирования граждан, проживающих на территории ЮФО, о размерах торговых надбавок на лекарственные средства в субъектах ЮФО и сравнительного анализа установленных надбавок в соседних субъектах и округах. Введение государственной регистрации Минздрава России цен на лекарственные средства дало положительные результаты, и индекс роста цен на лекарственные средства стабилизировался на уровне индекса роста потребительских цен.

Ежемесячно практически во всех территориях осуществляется мониторинг цен, данные которого позволяют отслеживать несанкционированное повышение цен и принимать адекватные меры к нарушителям.

Средняя оптовая надбавка по фармацевтическим предприятиям ЮФО составила 9,8%, розничная торговая надбавка – 25%. В связи с введением с 1.01.2002 года НДС на лекарственные средства и значительным увеличением стоимости услуг произошло повышение цен (в среднем по ЮФО) на лекарственные средства в оптовом звене на 12% и на 13% – в розничном звене (при российских показателях – 12,5 и 13,2%).

Одной из основных задач в процессе лекарственного обеспечения структур, осуществляющих фармацевтическую деятельность на территории ЮФО, необходимо считать борьбу с распространением фальсифицированной продукции. Практически во всех субъектах округа организована служба, деятельность которой направлена на предотвращение попадания в розничную аптечную сеть и лечебно-профилактические учреждения фальсифицированных и забракованных лекарственных средств. На территориях, входящих в ЮФО, действует 15 аккредитованных Минздравом России контрольно-аналитических и испытательных лабораторий, окружной Центр

сертификации лекарственных средств. За период с 2001–2002 годов процент выявления забракованной и фальсифицированной продукции увеличился с 5 до 20%. Из общего количества обнаруженных фальсифицированных лекарств 67% приходится на отечественные препараты, 31% – на зарубежные препараты, 2% – на препараты стран СНГ. Среди выявленных фальсификатов наибольшее количество представляют следующие зарубежные лекарственные препараты: кавинтон, фестал, валокордин, но-шпа; отечественные препараты: ампициллин, натриевая соль, нистатин и т.д.

Фальсифицированные препараты выявляются как структурными подразделениями контрольно-разрешительной системы Минздрава России, расположенными на территории ЮФО, так и самими отечественными производителями и зарубежными фирмами непосредственно в аптечной сети.

Учитывая нестабильность бюджетного финансирования расходов для выполнения принятых в субъектах округа целевых программ, а их в каждом регионе не менее 7, на приобретение лекарственных препаратов лечебными учреждениями и для обеспечения льготных категорий граждан осуществляется целенаправленная работа по организации проведения централизованных закупок лекарственных средств.

Практика показала, что эффективность централизованных закупок значительно выше эффективности закупок, проводимых лечебными учреждениями самостоятельно. Значительные результаты достигаются на стадии фармакоэкономической оценки заявок учреждений здравоохранения и разумной замены препаратов.

В динамике за 3 года экономическая эффективность закупок в большинстве субъектов ЮФО составила в среднем 7% – в 2001 году, 19,5% – в 2002 году и 13% – за 9 месяцев 2003 года. С учетом роста цен (11%) фактическая эффективность составила 20–25%.

Увеличение объема закупок лекарственных средств и проведение закупок на конкурсной основе дают экономии дополнительных ресурсов. Таким образом, проведенная работа по организации централизованных закупок в регионах, входящих в ЮФО, позволила уменьшить дефицит в лекарственном обеспечении стационарных больных на 15–20% и обеспечить потребность в жизненно необходимых и важнейших лекарственных средствах наиболее незащищенной категории населения.

Таким образом, реформирование и совершенствование системы здравоохранения в Южном федеральном округе набрало темпы и происходит благодаря поддержке Министерства здравоохранения Российской Федерации, руководителей администраций и руководителей органов здравоохранения субъектов Федерации ЮФО, федеральных медицинских учреждений на территории Южного федерального округа.

ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ КРАСНОДАРСКОГО КРАЯ

Краснодарский край занимает территорию 76,0 тыс. км².

По численности населения занимает третье место в России после города Москвы и Московской области.

При проведении Всероссийской переписи населения 2002 года в Краснодарском крае зарегистрировано 5130,2 тыс. человек. Численность городского населения в крае составила 53,5%, численность сельского населения – 46,5%.

В течение 2001–2002 годов наблюдалось дальнейшее снижение значения такого общепризнанного индикатора социально-экономического благополучия, как младенческая смертность. Уровень показателя младенческой смертности за последние 2 года снижался с 13,0 в 2001 году до 10,8 в 2002 году (табл. 1).

Средняя продолжительность жизни жителей Кубани без разделения по полу остается стабильной (67,1 года).

Краснодарский край имеет разветвленную сеть учреждений здравоохранения:

- 262 больничных учреждения (табл. 2): 37 центральных районных больниц, 9 районных больниц, 35 городских больниц, 135 участковых больниц, 5 родильных домов, 7 детских городских больниц, 2 краевые клинические больницы (многопрофильные), 14 специализированных больниц, 8 психиатрических и психоневрологических больниц, наркологическая больница, лепрозорий, госпиталь для ветеранов войн, 2 больницы СМП, институт курортологии; центр планирования семьи; 2 дома сестринского ухода; центр грудной хирургии;
- 300 амбулаторно-поликлинических учреждений: 38 самостоятельных поликлиник, 202 сельские врачебные амбулатории, 14 детских поликлиник, 1 хозрасчетная поликлиника, физиополиклиника, поликлиника МНТК «Микрохирургия глаза», 34 стоматологические поликлиники, 3 консультативно-диагностических центра для детей, 4 центра борьбы со СПИДом; 4 женские консультации;

- 54 диспансера: 19 противотуберкулезных, 13 кожно-венерологических, 5 наркологических, 5 онкологических, 8 психоневрологических, 3 врачебно-физкультурных, трахоматозный;
- 744 фельдшерско-акушерских и акушерских пункта;
- 266 здравпунктов (врачебных и фельдшерских);
- 6 домов ребенка;
- 6 центров медицинской профилактики;
- центр экстренной медицинской помощи;
- 20 санаториев;
- хозрасчетный санаторий.

В 2002 году открыта краевая клиническая больница №4, центр грудной хирургии – единственный подобного класса стационар высокотехнологичной, специализированной помощи в Южном федеральном округе.

Оздоровление диспансерной группы больных проводится в 21 санатории-профилактории на 4584 койки. В 2002 году пролечено 42,4 тыс. больных (в 2001 году было пролечено 40,9 тыс. чел.).

Коечный фонд больничных учреждений края представлен 50 759 койками по территории и 49 612 – по подчинению.

18,4% коечного фонда сосредоточено в краевых учреждениях; 31,9% – в ЦРБ и РБ; 40,0% – в городских больницах; 9,7% – в участковых больницах.

Показатель оборота койки колеблется в пределах 20,9–22,4. Уровень госпитализации – с 222,2 до 228,7, работа койки находится в пределах 334,0–334,5 (табл. 3).

На протяжении последних 3 лет в крае идет активная реструктуризация коечного фонда. Перераспределение профильных коек дает возможность более рационального их использования с учетом потребности в оказании стационарной помощи населению края.

Происходит развитие стационарозамещающих технологий (табл. 4), способствующих более эффективному использованию существующих ограниченных финансовых ресурсов отрасли.

В связи с проводившимися в 2002 году процессами реструктуризации учреждений здравоохранения края количество коек круглосуточного наблюдения больных сократилось на 3531 койку (на 7,1%), а количество коек дневного пребывания в больничных учреждениях возросло на 951 койку (на 35,8%). Количество мест в дневных стационарах при амбулаторно-поликлинических учреждениях увеличилось на 884 места и составило на 1 января 2003 года 2746 мест.

В результате обеспеченность койками сельского населения края (71,7 на 10 тыс. населения) практически приблизилась к планируемому показателю (69,5) по Федеральной целевой программе «Социальное развитие села до 2010 года», утвержденной постановлением Правительства России от 3 декабря 2002 года №858. Поэтому департамент здравоохранения старался в 2003 году немного сдерживать активность на местах по сокращению общей коечной базы.

В крае работает 19 226 врачей и 42 914 средних медицинских работников. Увеличение кадрового потенциала в 2002 году является позитивным моментом и указывает на правильное направление кадровой политики со стороны департамента здравоохранения.

Обеспеченность врачами увеличилась с 37,7 в 2001 году до 38,5 в 2002 году. Обеспеченность средними медработниками также имеет тенденцию к увеличению с 84,8 до 85,9.

Укомплектованность врачевными кадрами лечебно-профилактических учреждений края за последние 2 года остается стабильной с тенденцией к увеличению показателя.

В Кубанскую медицинскую академию направлены на обучение в рамках краевого заказа за счет средств краевого бюджета 50 абитуриентов. Отбор кандидатур в эту группу абитуриентов производился медицинскими советами центральных районных больниц, а дальнейшее трудоустройство будущих врачей будет оформлено договорами между зачисленными студентами, руководством муниципального здравоохранения и департаментом здравоохранения края. Это разумный подход к решению вопроса дефицита врачебных кадров на селе.

Анализ показателей общей заболеваемости населения показал, что в целом по краю произошло снижение заболеваемости с 586,5 на 1000 населения в 2001 году до 578,9 – в 2002 году. Имеются позитивные сдвиги в заболеваемости и по отдельным классам болезней. Так, произошло снижение заболеваемости органов дыхания с 214,9 в 2001 году до 207,3 – в 2002 году и органов пищеварения с 45,0 в 2001 году до 34,7 в 2002 году на 1000 населения.

В Краснодарском крае на протяжении последних 10 лет прослеживается стабильная тенденция к снижению показателя младенческой смертности (на 51,4% по сравнению с 1993 годом и на 11,4% по сравнению с 2001 годом).

За 2002 год показатель младенческой смертности составил 10,8 на 1000 родившихся живыми, за 7 месяцев 2003 года – 9,3 на 1000 родившихся живыми.

Целенаправленные мероприятия по снижению младенческой смертности осуществляются в рамках федеральной и краевой целевых программ «Дети России»,

Таблица 1

ДИНАМИКА ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КРАСНОДАРСКОГО КРАЯ (НА 1000 НАСЕЛЕНИЯ)

Демографические показатели	2001	2002
Рождаемость	9,6	10,1
Смертность	15,4	15,9
Естественный прирост	- 5,8	- 5,8
Младенческая смертность	13,0	10,8

Таблица 2

КОЕЧНАЯ МОЩНОСТЬ БОЛЬНИЧНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ

Вид больничного учреждения	Количество учреждений	Коечная мощность (коек)
Центральные районные больницы	37	226–661
Городские больницы	35	25–960
Районные больницы	9	70–270
Участковые больницы	135	10–155

подпрограммы «Безопасное материнство и детство», краевой целевой программы «Дети Кубани», подпрограмм «Дети-сироты», «Дети-инвалиды», «Здоровый ребенок».

В Краснодарском крае, одном из первых регионов России, был внедрен и успешно работает неонатальный скрининг новорожденных на выявление наследственных болезней обмена (фенилкетонурия и гипотиреоз). С 2001 года производится централизованная закупка лечебных смесей для детей, больных фенилкетонурией. Для профилактики врожденных пороков развития в крае совместно с акушерско-гинекологической и ультразвуковой службой создана и активно внедряется трехэтапная, двухуровневая система оказания помощи беременным с целью профилактики врожденной и наследственной патологии. Функционирует мониторинг врожденных пороков, что позволяет следить за их частотой в крае.

Организация краевого и межрайонных перинатальных центров позволила оптимизировать оказание квалифицированной и специализированной помощи детям и женщинам.

Большую роль сыграла организация круглосуточных постов врачей-неонатологов и подготовка их на циклах усовершенствования и рабочих местах в краевом центре. Все родильные стационары в крае работают по типу совместного пребывания матери и ребенка. Двум родильным домам в крае присвоено звание ВОЗ «Больница, доброжелательная к ребенку». При краевом перинатальном центре создан банк данных беременных высокого риска, осуществляет-



Таблица 3

**ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОЕЧНОЙ СЕТИ
КРАСНОДАРСКОГО КРАЯ (ПО ТЕРРИТОРИИ)**

Годы	Всего коек	Обеспеченность на 10 тыс. населения	Работа койки	Оборот койки	Длительность пребывания на койке (дни)	Уровень госпитализации
2001	53364	106,8	334,1	21,3	15,7	225,0
2002	50759	101,8	334,5	22,4	15,0	228,7

Таблица 4

**РАЗВИТИЕ СТАЦИОНАРОЗАМЕЩАЮЩИХ
ТЕХНОЛОГИЙ МЕДИЦИНСКОГО
ОБСЛУЖИВАНИЯ БОЛЬНЫХ
В КРАСНОДАРСКОМ КРАЕ (ПО ТЕРРИТОРИИ)**

Показатель	2001	2002
Число коек	53364	50759
Обеспеченность койками на 10 тыс. населения	106,8	101,8
ДНЕВНЫЕ СТАЦИОНАРЫ ПРИ ПОЛИКЛИНИКАХ		
Число стационаров	128	149
Количество коек	1933	2820
Количество пролеченных больных	76177	93635
СТАЦИОНАРЫ ДНЕВНОГО ПРЕБЫВАНИЯ В БОЛЬНИЦАХ		
Число стационаров	124	154
Количество коек	2702	3644
Количество пролеченных больных	58497	87455
СТАЦИОНАРЫ НА ДОМУ		
Число стационаров	9	13
Количество пролеченных больных	2216	2512

ся динамика наблюдения и исходов беременности, что позволило значительно снизить смертность среди беременных и новорожденных.

В 2002 году в Краснодарском крае в службе родовспоможения продолжено развитие стационарозамещающих технологий, по сравнению с 2001 годом увеличилось число дневных стационаров с 45 до 71.

Департаментом здравоохранения совместно с краевыми лечебными учреждениями активно внедряется выездная форма работы для приближения специализированной медицинской помощи жителям сельских и отдаленных районов. С 2002 года формируются межрайонные диагностические центры. В настоящий момент созданы такие центры в Славянске-на-Кубани, Новороссийске.

Для улучшения оказания медицинской помощи детям подросткового возраста в 34 территориях края созданы отделения (кабинеты) медико-социальной помощи. В штат детских поликлиник включены медицинские психологи.

В Краснодарском крае принято постановление главы администрации Краснодарского края об обеспечении детей раннего возраста продуктами детского питания. Большое внимание уделяется детям из социально неблагополучных семей, которые полностью обеспечены продуктами детского питания. За 9 месяцев 2003 года израсходовано на централизованную закупку сухих адаптированных смесей 6 707 229 руб. В течение 2002 года все беременные женщины и дети до 3 лет обеспечивались антианемическими препаратами.

С 2000 года все дети, проживающие на территории Краснодарского края, страдающие фенилкетонурией, обеспечиваются лечебным питанием.

По итогам анализа состояния здоровья и заболеваемости населения Кубани за 2002 год, регистрируется увеличение на 5,2% показателя рождаемости, снижение на 16,9% младенческой смертности, снижение суммарной инфекционной заболеваемости, при этом снижение заболеваемости основными иммуноуправляемыми инфекциями: корью – в 15 раз, краснухой – в 7 раз, коклюшем – в 2,8 раза, паротитом – на 40,1%, уменьшилась заболеваемость СПИДом и венерическими болезнями, наркоманиями и токсикоманиями, стабилизировалась заболеваемость туберкулезом и онкологическими болезнями.

Важную роль в системе управления здравоохранением Концепция развития здравоохранения и совершенствования организации медицинской помощи населению нашего края на 2002–2005 годы отводит реализации краевых целевых программ.

На сегодняшний день в Краснодарском крае утверждены Законодательным Собранием края 11 целевых программ с общим объемом финансирования 279 млн. 470 тыс. руб.:

1. «Неотложные меры борьбы с туберкулезом в Краснодарском крае» – 15 млн. 130 тыс. руб.
2. «Программа развития Краснодарской краевой клинической больницы» – 9 млн. руб.
3. Программа «Сахарный диабет» – 126 млн. 500 тыс. руб.
4. Программа «Вакцинопрофилактика» – 23 млн. руб.
5. «Анти-ВИЧ\СПИД» – 2 млн. руб.



Таблица 5

ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ КРАСНОДАРСКОГО
КРАЯ ВРАЧАМИ И СРЕДНИМИ
МЕДИЦИНСКИМИ РАБОТНИКАМИ
НА 10 ТЫС. НАСЕЛЕНИЯ

Показатель	2001	2002
Число врачей (физических лиц)	18828	19226
Обеспеченность врачами	37,7	38,5
Средний медперсонал (физических лиц)	42379	42914
Обеспеченность средним медперсоналом	84,8	85,9

6. «Безопасное материнство и детство» – 43 млн. 200 тыс. руб.

7. «Комплексные меры противодействия незаконному потреблению и обороту наркотических средств – 3,5 млн. руб.

8. «Неотложные меры по совершенствованию специализированной онкологической помощи населению Краснодарского края» – 8 млн. руб.

9. «Санитарный транспорт» – 20 млн. руб.

10. «Развитие донорства крови и ее компонентов, производство крови в Краснодарском крае» – 24 млн. 140 тыс. руб.

11. «Развитие амбулаторно-поликлинической помощи населению в Краснодарском крае» – 5 млн. руб.

За два последних года в рамках губернаторской программы «Скорая помощь» на средства краевого бюджета и спонсоров приобретено более 350 автомобилей, которые сегодня обеспечивают оперативность оказания медицинской помощи.

В условиях резкого дефицита финансовых средств в бюджетах всех уровней финансирование целевых программ по здравоохранению является как методом решения наиболее острых проблем материально-технического оснащения отрасли, так и способом привлечения дополнительных средств федерального бюджета и Федерального фонда ОМС.

Действующие в настоящий момент краевые целевые программы по здравоохранению в финансовом исчислении более чем на 60% разработаны под дополнительное материально-техническое обеспечение ЛПУ муниципальных образований, а такие программы, как «Вакцинопрофилактика», «Сахарный диабет», – на 95–98%.

Закупленные по вышеперечисленным целевым программам медицинское оборудование, санитарный транспорт, предметы медицинского назначения, расходные материалы, лекарственные средства и медицинские препараты улучшили оснащенность лечебно-профилактических учреждений государственной и муниципальной систем здравоохранения, повысили уровень проводимого лечебно-диагностического процесса, дают медицинским работникам больше возможностей оперативно, квалифицированно и с лучшим качеством выполнять свою профессиональную деятельность.

В то же время дополнительные краевые средства практически остаются единственным источником решения конкретных задач муниципального здравоохранения по той или иной программе.

Документом, определяющим стратегические цели в области регионального здравоохранения, является Концепция развития здравоохранения и совершенствования организации медицинской помощи населению Краснодарского края на 2002–2005 годы, разработанная департаментом здравоохранения Краснодарского края совместно с Кубанской государственной медицинской академией и членами Координационного совета по реструктуризации здравоохранения при администрации края.

В плане мероприятий по ее реализации основными направлениями названы охрана здоровья матери и ребенка, борьба с заболеваниями социального характера, выполнение программы государственных гарантий по оказанию населению бесплатной медицинской помощи, оказание высокотехнологичных видов медицинской помощи, гарантированное качественное лекарственное обеспечение, создание межрайонных медицинских центров, развитие службы врачей общей практики.

Как нормативный акт Концепция развития здравоохранения и совершенствования организации медицинской помощи населению края на 2002–2005 годы является правоустанавливающим и правообразующим документом по порядку деятельности, организации и развития. Концепция устанавливает внутреннюю логику функционирующей системы, создает организационно-правовой механизм деятельности и развития, служит согласованной основой для принятия управленческих решений. На основе содержания и набора действий Концепции формируются управленческие решения, производится их практическая реализация, производственные процессы которых обеспечиваются организационно-правовым механизмом Концепции, результаты которых определяют уровень состояния здравоохранения, его развития, т.е. являются объективным результатом управления отраслью. Перемены в здравоохранении требуют новых подходов к проблемам управления, причем в современных условиях приходится говорить об изменении не только методов, но и принципов управления, необходимости создания системы управления, опирающейся на широкое использование экономических интересов различных субъектов здравоохранения.

Достижение здоровья населения – соответствующая государственная политика, а также мера ответственности всех институтов власти перед своим народом. Здоровье населения – это не только медицинская категория, а скорее категория социально-экономическая, вопрос трудовых ресурсов и национальной безопасности страны. Упорядочение правовых норм в области здравоохранения должно способствовать поиску путей и методов обеспечения охраны здоровья.

Главным направлением совершенствования организации здравоохранения края является обеспечение его целостности за счет формирования преемственности 4-уровневой системы оказания медицинской помощи на-



селению: 1-й уровень – врач общей практики, участковая больница, 2-й уровень – районная/городская больница, 3-й уровень – межрайонные специализированные лечебно-диагностические центры, 4-й уровень – краевые специализированные учреждения здравоохранения.

Каждый из перечисленных уровней оказания медицинской помощи характеризуется определенными требованиями к ее объему и квалификации, соответственно табелю оснащенности медицинским оборудованием, сертификатам врачей-специалистов и лицензии, выданной конкретному учреждению на право заниматься соответствующими видами медицинской деятельности. Департаментом проводится большая работа по стандартизации медицинских услуг.

Необходима разработка стандартов оказания медицинской помощи для каждого из перечисленных выше четырех уровней ее обеспечения. Каждый гражданин, обратившийся за медицинской помощью на первый – наиболее приближенный к его месту жительства – уровень оказания медпомощи – к врачу общей практики или в участковую больницу, в зависимости от состояния его здоровья, потенциальных возможностей этого уровня медицинского обслуживания может завершить свое лечение на этом уровне или по медицинским показаниям может быть направлен на иные уровни системы оказания медицинской помощи. Эта система строится по принципу усложнения необходимых диагностических исследований и применения на 3 и 4 уровнях (в межрайонных специализированных лечебно-диагностических центрах и краевых специализированных учреждениях здравоохранения новых и новейших, в том числе дорогостоящих, методик лечения). А задача внутриведомственного и вневедомственного контроля качества медицинской помощи – обеспечить, в случае необходимости, своевременную передачу нуждающегося по медицинским показаниям пациента на соответствующий уровень медицинского обслуживания.

Построение такой территориальной модели оказания медицинской помощи и определяет политику департамента в вопросах развития материально-технической базы учреждений здравоохранения, их оснащения медицинским оборудованием и кадрового обеспечения.

Планом мероприятий по реализации Концепции развития здравоохранения и совершенствования организации медицинской помощи населению Краснодарского края на 2002–2005 годы предусмотрено развитие и укрепление материально-технической базы лечебно-профилактических учреждений. Данные мероприятия включают в себя проектирование, строительство и реконструкцию 13 объектов здравоохранения в городах и районах Краснодарского края, 8 из них включены в краевую целевую программу социально-экономического развития края на 2003 год. Дополнительно к 8 объектам, включенным в Концепцию развития здравоохранения и краевую целевую программу, включены еще 8 объектов здравоохранения: проектирование и строительство каньона в краевом онкологическом диспансере, проектирование и строительство центра по профилактике и борьбе со СПИДом, расширение поликлиники на 250 посещений в смену в Славянске-на-Кубани, строительство хирургического

корпуса на 150 коек в Анапе, строительство станции скорой помощи в Геленджике и др.

В период за 2002-й и первое полугодие 2003 года: – завершено строительство и приняты в эксплуатацию 1 и 2-й пусковые комплексы краевого центра грудной хирургии на 150 коек и поликлиника на 500 посещений в смену. В настоящее время идет корректировка рабочих чертежей 3-го пускового комплекса. Финансирование строительства 3-го пускового комплекса центра грудной хирургии включено в федеральную целевую программу «Юг России», в 2003 году на строительство объекта из федерального бюджета предусмотрено выделить 31 млн. руб.; – завершаются работы по капитальному ремонту с модернизацией 7-этажного хирургического корпуса детской краевой клинической больницы; – завершается разработка проектно-сметной документации на капитальный ремонт двухэтажного здания краевого госпиталя для ветеранов войн; – в Тбилисском районе за счет средств краевого бюджета ведется строительство пищеблока и рентгенологического отделения, а также выделены средства на проектирование нового корпуса центральной районной больницы; – завершено проектирование второй очереди поликлиники на 500 посещений в смену в Гулькевичском районе, проектно-сметная документация направлена на государственную экспертизу; – продолжается строительство, а в 2004 году планируется завершить строительство детской больницы на 100 коек с поликлиникой на 250 посещений в смену в Туапсе, строительство родильного дома на 130 коек в Армавире, реконструкцию баклаборатории краевого кожно-венерологического диспансера в Краснодаре, строительство инфекционного корпуса на 60 коек ЦРБ Куцевского района, продолжить строительство краевой стоматологической поликлиники на 850 посещений в смену в Краснодаре, строительство поликлиники на 600 посещений в смену в Кавказском районе.

После проведения подготовительной работы по изучению мощности ЛПУ, состояния материально-технической базы, кадрового потенциала организованы 7 межтерриториальных перинатальных центров в Армавире, Новороссийске, Ейске, Кропоткине, Славянске-на-Кубани, Тихорецке, Краснодаре (краевой перинатальный центр). Во всех межтерриториальных центрах работают кураторами высококвалифицированные врачи – акушеры, гинекологи, неонатологи.

В 2004–2005 годах планируется открытие межтерриториальных перинатальных центров на базе Сочи и Туапсе.

Создаются межрайонные специализированные отделения и в хирургической службе:

- с июня 2002 года функционируют межрайонные нейрохирургические отделения в Армавире и Новороссийске;
- с июля 2003 года функционируют отделения сосудистой хирургии в Сочи и Новороссийске.



На специализированных сосудистых койках в составе хирургических отделений Ейска и Армавира лечатся и обследуются больные из соседних районов.

В данный момент ведется работа по созданию специализированных межрайонных центров по эндоскопической хирургии на базе хирургических отделений Павловской, Каневской и Славянской центральных районных больниц.

Важное значение в вопросах реструктуризации оказания медицинской помощи населению департамент здравоохранения придает реализации краевой целевой программы «Развитие амбулаторно-поликлинической помощи населению в Краснодарском крае на 2003–2005 годы», утвержденной постановлением Законодательного Собрания Краснодарского края от 28 мая 2003 года №232-П, которая обеспечит повышение доступности и улучшение качества первичной медико-санитарной помощи населению, развитие материально-технической базы амбулаторно-поликлинического звена лечебно-профилактических учреждений здравоохранения края, оснащение диагностическим и лечебным оборудованием амбулаторий и кабинетов врачей общей практики, отделений общей врачебной практики в составе лечебно-профилактических учреждений, центров общей врачебной практики.

В течение 2003 года уделялось большое внимание развитию Краснодарской детской краевой клинической больницы и укреплению ее материально-технической базы. Введен в строй 2-этажный соматический корпус, в котором расположены краевые центры по лечению детей с эпилепсией и сахарным диабетом, открыты отделения нейрохирургии и урологии, отделение экстренной и плановой консультативно-медицинской помощи. В течение 2002–2003 годов проведены ремонт и реконструкция операционного блока, анестезиолого-реанимационного и лечебных отделений хирургического корпуса краевой детской клинической больницы.

В 2003 году на базе детской краевой больницы открыто отделение экстренной и плановой неотложной помощи.

Главными внештатными специалистами департамента здравоохранения, специалистами краевых учреждений здравоохранения введен индивидуальный учет детей-инвалидов с социально значимыми болезнями (сахарный диабет, гипопитарный нанизм, врожденные пороки сердца, муковисцидоз, эпилепсия, детский церебральный паралич). Начата работа по формированию индивидуального учета детей с нарушением зрения и бронхиальной астмы.

В соответствии с организационными указаниями Министерства здравоохранения Российской Федерации и Всероссийского центра медицины катастроф «Защита», решениями Координационного совета по здравоохранению Южного федерального округа (в Волгограде 1 ноября 2002 года) «О качестве оказания медицинской

помощи и деятельности службы медицины катастроф субъектов Российской Федерации по ликвидации ЧС» и Координационного совета по вопросам реструктуризации здравоохранения Краснодарского края (№3 от 26 декабря 2002 года) и на основании приказа департамента здравоохранения Краснодарского края №67-ОД от 13 февраля 2003 года «Об изменении структуры Краснодарского краевого центра медицины катастроф» в апреле 2003 года произошло функциональное объединение центра и больницы скорой медицинской помощи Краснодарска с единым руководством. Этим документом определены направления финансирования и материально-технического обеспечения центра медицины катастроф.

В рамках выполнения решений по реорганизации и совершенствования службы в настоящее время реализованы следующие задачи:

- выполнено решение Координационного совета по здравоохранению в ЮФО об интеграции службы медицины катастроф и скорой медицинской помощи;
- согласно новой структуре Центра медицины катастроф сформированы 4 бригады специализированной медицинской помощи и на 75% они укомплектованы медицинским имуществом;
- согласно новому Уставу проведено лицензирование видов деятельности центра;
- в рамках губернаторской программы «Сельское здравоохранение» будет профинансировано приобретение в IV квартале 2003 года двух реанимобилей, оборудованных в соответствии с существующими требованиями;
- согласно краевой целевой программе «Прогнозирование, снижение рисков и смягчение последствий ЧС природного и техногенного характера в Краснодарском крае на 2003–2006 годы» запланировано приобретение в 2004 году для Центра медицины катастроф автомобиля повышенной проходимости, оснащенного средствами связи для оперативной группы и реанимобиля на общую сумму 1 млн. 855 тыс. руб.;
- в июле 2003 года департаментом здравоохранения выделен 1 млн. руб. для финансирования работ по разработке и внедрению автоматизированной информационной системы службы медицины катастроф и приобретения оборудования учебно-тренировочного класса по подготовке кадров.

В плане дальнейшего совершенствования службы медицины катастроф планируется создание в 2004 году межрайонных центров медицины катастроф на базе наиболее мощных станций скорой медицинской помощи и в дальнейшем интеграция службы медицины катастроф и санитарной авиации.

ГЕНЕРАЛЬНЫЙ ДИРЕКТОР ДЕПАРТАМЕНТА
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КРАСНОДАРСКОГО КРАЯ
Э.А. Асланян

СОСТОЯНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ДАЛЬНЕВОСТОЧНОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА И ОРГАНИЗАЦИЯ МЕЖВЕДОМСТВЕННОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ НА ФЕДЕРАЛЬНОМ И РЕГИОНАЛЬНОМ УРОВНЕ

ПРЕДСТАВИТЕЛЬ
МИНЗДРАВА РФ
В ДАЛЬНЕВОСТОЧНОМ
ФЕДЕРАЛЬНОМ ОКРУГЕ
Борис Михайлович Когут



ОБЩАЯ И ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РЕГИОНА

В состав Дальневосточного федерального округа входят десять субъектов Федерации, занимающих 36,4% всей территории Российской Федерации. Численность населения Дальневосточного региона, как и в целом в Российской Федерации, на протяжении последнего десятилетия продолжает сокращаться от 8017,5 тыс. в 1990 году до 7038,1 тыс. человек в 2002 году, что составляет 4,9% населения России. На достаточно низком уровне сохраняется плотность населения, составляющая 1,13 человек на 1 кв. км, причем распределение его в отдельных субъектах различно и достигает от 0,09 (Корякский автономный округ) до 12,8 (Приморский край) человек на 1 кв. км. Снижение количества постоянного населения отмечается практически во всех субъектах Федерации в округе. Немаловажную роль в этом играет миграция населения.

Сохраняется тенденция к снижению удельного веса детского населения. По сравнению с 2000 годом его доля по отношению ко всему населению уменьшилась с 20,0 до 18,0%. Показатель общей смертности населения округа продолжает увеличиваться с 12,7 на 1000 в 2000 году до 13,7 в 2002 году, однако он остается ниже, чем в целом в Российской Федерации (16,3 на 1000). Рост показателя смертности населения в течение

трех лет составляет 7,9%. Аналогичная тенденция наблюдается в Российской Федерации.

Несмотря на снижение численности населения в Дальневосточном регионе, в последние годы отмечаются некоторые положительные тенденции в демографической ситуации. В течение последних трех лет увеличился показатель рождаемости с 9,3 до 10,5 на 1000 населения, снижается младенческая смертность (с 18,6 до 15,5 на 1000 родившихся живыми). Снижение младенческой смертности за трехлетний период произошло в большинстве территорий округа, причем наиболее значительно в Приморском крае и Камчатской области. Только в двух субъектах Федерации – в Чукотском и Корякском автономных округах – отмечается рост данного показателя.

Естественный прирост сохраняет свое отрицательное значение, однако имеет тенденцию к увеличению (с -3,4 в 2000 году до -3,2 в 2002 году). Положительный прирост населения наблюдается только в двух территориях – Республике Саха (Якутия) и Чукотском автономном округе. Вместе с тем увеличение естественного прироста населения отмечается в большинстве субъектов Федерации в ДВФО (табл. 1).

МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКАЯ БАЗА И ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ДАЛЬНЕВОСТОЧНОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА

Материально-техническая база системы здравоохранения округа насчитывает 1355 зданий и сооружений, в которых размещены стационары и 770 зданий, в которых располагается амбулаторно-поликлиническая служба (данные приведены без Хабаровского края). 6,6% стационаров и аналогичное количество поликлиник размещаются в помещениях, находящихся в аварийном состоянии. Наиболее худшее положение отмечается в Камчатской области,

Таблица 1

**ЕСТЕСТВЕННОЕ ДВИЖЕНИЕ НАСЕЛЕНИЯ
В ДАЛЬНЕВОСТОЧНОМ ФЕДЕРАЛЬНОМ ОКРУГЕ**

Субъект Федерации	Рождаемость (на 1000 населения)			Смертность (на 1000 населения)			Младенческая смертность (на 1000 родив- шихся живыми)			Естественный прирост (на 1000 населения)		
	2000	2001	2002	2000	2001	2002	2000	2001	2002	2000	2001	2002
Амурская область	9,4	10,1	10,6	13,5	14,1	14,8	23,8	23,2	18,9	-4,1	-4,0	-4,2
Еврейская автономная область	9,5	10,7	11,1	14,2	14,6	15,5	20,2	19,7	19,5	-4,7	-3,9	-4,4
Камчатская область	9,0	9,1	10,3	10,6	11,2	10,9	16,0	16,1	12,1	-1,6	-2,1	-0,6
Корякский автономный округ	10,0	9,4	10,4	13,5	14,3	14,0	30,2	16,9	41,4	-3,5	-4,9	-3,6
Магаданская область	8,4	8,6	9,1	10,2	10,4	10,5	15,1	11,4	15,0	-1,8	-1,8	-1,4
Приморский край	8,5	9,2	9,8	13,6	13,9	14,6	19,1	16,1	13,0	-5,1	-4,7	-4,8
Республика Саха (Якутия)	13,5	13,6	14,2	9,6	10,0	9,9	17,6	17,5	15,3	3,9	3,6	4,3
Сахалинская область	8,8	9,0	9,6	12,7	13,8	14,1	15,1	16,9	14,2	-3,9	-4,8	-4,5
Хабаровский край	8,2	9,1	9,7	13,7	14,4	15,1	17,3	18,3	16,7	-5,5	-5,3	-5,4
Чукотский АО	9,7	10,6	9,8	8,1	10,3	9,2	23,4	42,1	32,2	1,6	0,3	0,6
ДФФО	9,3	9,9	10,5	12,7	13,2	13,7	18,6	18,1	15,5	-3,4	-3,3	-3,2
РФ	8,7	9,1	9,8	15,4	15,6	16,3	15,3	14,6	13,3	-6,7	-6,5	-6,5

где до 20% помещений с размещенными в них стационарами находятся в аварийном состоянии.

30,8% стационаров и 27,5% поликлинических учреждений требуют капитального ремонта. Для размещения нового оборудования необходима реконструкция 16,7% существующих зданий и сооружений.

Амбулаторно-поликлиническая помощь населению округа осуществляется в самостоятельных поликлинических учреждениях и входящих в состав различных лечебно-профилактических учреждений. Наибольшее число самостоятельных амбулаторно-поликлинических учреждений функционирует в Хабаровском и Приморском краях. Соответственно в этих же субъектах отмечается наибольшее количество посещений к врачам. Вместе с тем сохраняется существенная диспропорция в количестве учреждений и их функциональной нагрузке. Так, в Хабаровском крае при наличии 205 поликлинических учреждений, относящихся к министерству здравоохранения края, количество посещений составляет 15 364 244, в то время как в Приморском крае при наличии только 80 поликлиник количество посещений составило 16 515 100. В Амурской области при наличии 62 самостоятельных поликлинических учреждений количество посещений к врачам в 2002 году составило всего 459 700. Таким образом при сохраняющемся неизменным количестве самостоятельных поликлинических учреждений в округе, по сравнению с 2001 годом, отмечается снижение их функциональной нагрузки на 12% (табл. 2). Это противоречит проводящейся в стране реформе системы здравоохранения и требует внесения определенных корректировок в реформирование здравоохранения округа.

Скорая и неотложная медицинская помощь в округе осуществляется при участии 278 самостоятельных и входящих в структуру лечебно-профилактических учреждений отделений скорой медицинской помощи. Анализ деятельности службы скорой медицинской помощи свидетельствует о том, что при незначительном уменьшении количества учреждений (отделений) данного профиля по сравнению с 2001 годом продолжает увеличиваться количество вызовов. При этом показатель средней нагрузки на 1000 населения остается достаточно высоким (380,0 на 1000 населения) и превышает утвержденный Программой госгарантий норматив (318 на 1000). По сравнению с 2001 годом на 43,7% увеличилось количество пациентов, обслуженных бригадами скорой медицинской помощи (табл. 3). Приведенные данные свидетельствуют о недостаточной организации первичной медико-санитарной помощи в округе. Особенно обращает на себя внимание организация деятельности службы скорой и неотложной помощи в Амурской, Магаданской и Сахалинской областях, Корякском и Чукотском автономных округах, где значительная нагрузка по оказанию первичной медико-санитарной помощи ложится преимущественно на эту службу.

СТАЦИОНАРНАЯ ПОМОЩЬ

В соответствии с проводимой реструктуризацией коечного фонда, переходом на стационарозамещающие технологии в округе продолжается сокращение коек круглосуточного пребывания. В 2002 году их количество сократилось на 4,4% и составило 76 449. При этом показа-



Таблица 2

**АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИЕ
УЧРЕЖДЕНИЯ СУБЪЕКТА ФЕДЕРАЦИИ ДВФО**

Субъект Федерации	2001				2002			
	Число самостоятельных учреждений	Всего посещений к врачам	Всего посещений на дому	Суммарная мощность (посещений в смену)	Число самостоятельных учреждений	Всего посещений к врачам	Всего посещений на дому	Суммарная мощность (посещений в смену)
Амурская область	73	5894492	439256	18014	62	459700	58300	2407,7
Еврейская АО	11	1374700	110830	1588	15	1556774	108906	3846
Камчатская область	24	762600	116300	6185	25	922700	117800	3679
Корякский АО	3	5500	500	831	3	4500	1200	386
Магаданская область	24	242200	46000	6068	24	681110	41990	3495,1
Приморский край	76	16723600	1006300	35074	80	16515100	1050400	36015
Республика Саха (Якутия)	64	9329000	585000	24320	64	9451826	613756	25660
Сахалинская область	36	5514300	364900	11845	35	5416300	354300	11939
Хабаровский край	204	15957600	1192800	31327	205	15364244	1036069	31178
Чукотский АО	7	495800	29700	2787	9	549000	35300	2783
ДВФО	522	56299792	3891586	138033	522	49521254	3418021	121388,8

Таблица 3

**ПОКАЗАТЕЛИ РАБОТЫ СКОРОЙ
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДВФО**

Субъект Федерации	2001				2002			
	Общее число станций и отделений СМП	Количество вызовов	Количество обслуженных лиц	Вызовов на 1000 населения	Общее число станций и отделений СМП	Количество вызовов	Количество обслуженных лиц	Вызовов на 1000 населения
Амурская область	44	220295	234006	412,5	45	406540	436151	433,8
Еврейская АО	14	61327	70410	313,4	14	72308	73900	371,5
Камчатская область	21	139268	169742	351,0	12	124473	149644	356,9
Корякский АО	8	15804	23000	532,0	7	14924	21613	521,0
Магаданская область	19	104418	117567	436,6	19	106375	50250	412,2
Приморский край	53	714640	н/д	331,3	53	719349	812233	334,0
Республика Саха (Якутия)	41	289831	317501	292,2	39	293997	294015	300,0
Сахалинская область	30	261133	305125	441,6	30	263047	259129	449,8
Хабаровский край	49	617594	620236	434,5	49	620841	593834	421,0
Чукотский АО	10	38767	42059	551,5	10	38395	38701	510,0
ДВФО	289	2463077	1899646	375,0	278	2660249	2729470	380,0

тель обеспеченности составил 110,8 на 10 000 населения (табл. 4), что практически соответствует среднему показателю в Российской Федерации. Анализ эффективности использования коечного фонда и деятельности стационарной службы в целом свидетельствует о наличии отдельных положительных тенденций. Отмечается улучшение

показателей работы койки в году, снижается средняя длительность пребывания больного на койке. Так, в Приморском крае средняя длительность пребывания больного на койке снизилась с 16,1 до 14,9 дня, при этом пребывание больных на круглосуточных койках составило 12,4 дня. Вместе с тем по стационарной медицинской помо-



**РАБОТА СТАЦИОНАРОВ СУБЪЕКТОВ ФЕДЕРАЦИИ
В ДВФО В 2002 ГОДУ**

Субъект Федерации	Население (тыс.)	Кол-во коек	Поступило больных	Выпущено больных	Умерло больных	Выбыло (умершие+выпущенные)	Кол-во койко-дней (тыс.)	Занятость койки в году	Оборот койки	Средняя длит. пребывания больного на койке	Летальность	Обеспеченность населения койками (на 10 тыс.)
Амурская область	982,2	11131	224964	221893	2634	224527	3529,4	317	20,2	15,6	1,2	113,3
Еврейская АО	194,6	1883	41647	46171	674	46235	621,5	333	25,8	12,4	1,5	96,8
Камчатская область	380,2	3954	81143	80069	1048	81117	1241,7	306	20,5	15,6	1,3	124,1
Корякский АО	28,54	763	10969	10874	97	10971	202,1	262	14,2	18,4	0,9	267,3
Магаданская область	229,22	2737	53581	52847	723	53570	910,9	329	19,4	16,5	1,4	132,7
Приморский край	2124,73	20278	430191	423669	6596	430265	6548,2	322	21,6	14,9	1,5	95,4
Республика Саха (Якутия)	982,91	13837	298692	296230	1970	298200	4458,3	324	21,7	14,9	0,7	140,8
Сахалинская область	584,73	7357	158973	157253	2105	159358	2482,8	341	21,83	15,2	1,32	125,8
Хабаровский край	1487,9	15715	301863	279787	4422	284209	4324,4	321	21,4	15,0	1,5	97,6
Чукотский АО	73,83	1237	20993	20667	135	20802	322,3	262	17,0	15,4	0,6	167,5
ДВФО	7038,1	76449	1623016	1589460	20404	1609864	24641,3	322	21,1	15,1	1,26	110,8

щи количество койко-дней на 1000 населения по всем десяти субъектам (кроме Приморского края и Еврейской автономной области) превысило федеральный норматив более чем на 20%. Значительные отклонения от федерального норматива наблюдаются в Чукотском автономном округе – на 55%, Республике Саха (Якутия) – на 43%, Корякском автономном округе – в 2,5 раза. По сравнению с 2001 годом в шести субъектах ДВФО отмечается снижение числа койко-дней на 10 – 15%, в остальных – на уровне 2001 года. Проводимая реструктуризация не обеспечила эффективного улучшения качества оказываемой стационарной помощи. Об этом свидетельствует показатель летальности в стационарах округа, оставшийся практически на прежнем уровне. Однако, вне всякого сомнения, ожидать быстрого изменения качественных показателей на фоне только проводимой реструктуризации коечного фонда и внедрения стационарозамещающих технологий не представляется возможным.

КАДРОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ

В основе успешной реализации планов развития системы здравоохранения округа прежде всего лежит кадровое обеспечение отрасли.

Органы управления здравоохранением субъектов Федерации в ДВФО уделяют этой проблеме серьезное внимание. Обеспеченность врачами населения округа сохраняется в 2002 году на уровне предыдущего и составляет 44,0 на 10 тыс. населения, что несколько превышает среднероссийский уровень, составляющий в 2002 году 42,5 на 10 тыс. населения. В ряде территорий округа

обеспеченность населения врачами значительно превышает окружной и российский показатели. В Амурской области, Хабаровском крае обеспеченность населения врачами всех специальностей составляет 45,8 и 48,5 на 10 тыс. соответственно. Вместе с тем в ряде территорий округа этот показатель значительно ниже. Так, в Еврейской автономной области он достигает только 28,5 на 10 тыс. населения. Соответственно это отражается на качестве оказания медицинской помощи.

Обеспеченность средним медперсоналом в 2002 году недостаточна и составляет 91,8 на 10 тыс., причем в отдельных территориях (Республика Саха (Якутия), Корякский автономный округ) она достигает соответственно 125,3 и 126,1 на 10 тыс. населения. Наряду с этим в других субъектах Федерации округа имеется значительная нехватка среднего медицинского персонала (Приморский край – 72,1 на 10 тыс.). Для сравнения в среднем по России обеспеченность населения медицинскими сестрами составляет в 2002 году 96,9.

К сожалению, несмотря на достаточный уровень обеспеченности врачами на фоне увеличивающегося количества штатных должностей продолжает уменьшаться их численность. Так, только за год количество врачей в округе сократилось на 233 человека. Напротив, количество медицинских сестер увеличилось на 568 человек.

Очень важным аспектом в подготовке медицинских кадров среднего звена является подготовка медицинских сестер с высшим образованием. В Дальневосточном государственном медицинском университете в 2002 году состоялся первый выпуск, открыт факультет во Владивостоке, однако, так же как и в других округах, возникла проблема с их трудоустройством.



Не менее важной проблемой является организация и внедрение в деятельность службы здравоохранения округа системы врачей общей (семейной) практики. Количество специалистов данного профиля в округе по сравнению с 2001 годом увеличилось вдвое, однако продолжает оставаться крайне недостаточным, сохраняется проблема их трудоустройства. Активно решается проблема внедрения общей врачебной практики в Приморском крае. В 2002 году постановлением губернатора края была утверждена целевая программа «Общая врачебная (семейная) практика на 2003–2006 годы». В результате на шести территориях края уже работают 14 врачей, продолжается подготовка специалистов данного профиля.

ФИНАНСИРОВАНИЕ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ОКРУГА

Общий объем финансирования системы здравоохранения округа в 2002 году (без ведомств) составил 20 370 259,0 тыс. руб., а в расчете на душу населения – 2894,3 руб. Наиболее высоким он был в Чукотском автономном округе – 13 277,7 руб., в Корякском автономном округе – 8761,5 руб. и в Республике Саха (Якутия) – 5451,7 руб. Наиболее низкий уровень подушевого финансирования наблюдался в Амурской и Еврейской автономной областях (1084,0 и 1699,0 руб.). Значительная разница в подушевом финансировании определяется объемом издержек процесса организации медицинской помощи населению, включающих стоимость лекарственных препаратов, расходных материалов, заработную плату персонала, коммунальные услуги и т.д.

Значительная часть финансовых средств бюджетов субъектов Федерации направляется на закупку медикаментов. В округе в целом на обеспечение системы здравоохранения лекарственными препаратами расходуются 12,9% бюджетных средств (табл. 6). Больше всего финансовых средств на приобретение медикаментов расходуются в Еврейской автономной области – 16,9% и Приморском крае – 14,2%. Меньше всего – в Сахалинской области и в Корякском автономном округе (4,6 и 5,8% соответственно). При перерасчете на душу населения наибольшее количество финансовых средств затрачивается в Чукотском автономном округе и Республике Саха (Якутия).

Не менее важное значение для эффективной работы отрасли здравоохранения, решения кадровых вопросов играет оплата труда медицинского персонала. По сравнению с 2001 годом средняя заработная плата врачей в Дальневосточном федеральном округе увеличилась на 96,4% и составила 9951,4 руб. Заработная плата среднего медицинского персонала увеличилась на 114,8% (6056,0 руб.), младшего медперсонала – на 86% (2890,7 руб.). Минимальный средний размер оплаты труда врачей отмечается в Амурской и Еврейской автономной областях (3968,0 и 4505,0 руб. соответственно), максимальный – в Корякском автономном округе (18 082,0 руб.).

Для медицинских сестер наименьший уровень оплаты труда имеется также в Еврейской автономной

области и составляет 2625,0 руб., максимальный – в Корякском автономном округе (11 429,0 руб.).

ФИНАНСИРОВАНИЕ ТЕРРИТОРИАЛЬНЫХ ПРОГРАММ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ ОБЕСПЕЧЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ ДВФО БЕСПЛАТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ

В 2002 году совокупная стоимость Программ государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи в Дальневосточном федеральном округе составила 29 118,8 млн. руб., что на 26,8% больше, чем в предыдущем. Вместе с тем утвержденная стоимость программ была в пределах 21 553,5 млн. руб., или 74,0% от расчетной. Реальное финансовое покрытие впервые за все годы было выше утвержденной стоимости на 1,3%. По сравнению с 2001 годом фактическое финансирование увеличилось на 48,2%. Непосредственно в субъектах ДВФО фактическое финансирование имело значительное различие. Так, в Еврейской автономной области, Корякском и Чукотском автономных округах фактическое финансовое обеспечение даже превысило расчетный уровень. В других территориях, таких как Приморский край, Республика Саха (Якутия), выделенные для реализации Программы финансовые средства едва достигли 58 и 67,8%, соответственно, от расчетной величины.

Совокупная расчетная стоимость территориальных программ ОМС в 2002 году превысила аналогичный показатель 2001 года на 25,9% и составила 11 989,1 млн. руб., однако при этом утвержденная стоимость программ в округе составила всего 66,7% от расчетной. Необходимо отметить, что фактически на реализацию территориальных программ ОМС в округе было выделено 8448,2 млн. руб., т.е. на 5,7% больше утвержденной величины. В большинстве территорий округа фактическое финансовое обеспечение Программы превысило утвержденную стоимость. В Еврейской автономной области и Чукотском автономном округе уровень фактического финансирования превысил расчетные величины. Из Федерального фонда ОМС на выравнивание финансирования территориальных программ поступило 372,7 млн. рублей, что позволило большинству субъектов существенно превысить утвержденные стоимости своих программ.

Финансовое обеспечение территориальной программы на одного жителя в 2002 году в субъектах ДВФО выше федерального в среднем на 35% и составило 3087,2 руб., из средств бюджета – 1906,1 руб., из средств ОМС – 857,6 руб. По Российской Федерации вышеуказанный показатель составил 1976,8 руб., из средств бюджета – 1119,2 руб., из средств ОМС – 857,6 руб. Взносы на обязательное медицинское страхование неработающего населения в 2002 году по сравнению с 2001 годом возросли по ДВФО с 226,1 руб. до 374,8 руб. на одного жителя (табл. 7).

В субъектах, участвующих в трехстороннем Соглашении (Республика Саха (Якутия), Приморский



**ФИНАНСИРОВАНИЕ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
СУБЪЕКТОВ ФЕДЕРАЦИИ ДВФО В 2002 ГОДУ**

Субъект Федерации	Численность населения (тыс. человек)	Всего (тыс. руб.) (без ведомств)	На душу населения (руб.)	Заработная плата, ст. 110100 (тыс. руб.)	Медикаменты, ст. 110320	
					Всего (тыс. руб.)	На душу населения (руб.)
Амурская область	982,2	1064721,0	1084,0	419056,0	142573,0	143,0
Еврейская АО	194,6	330635,0	1699,0	149840,0	56109,0	286,9
Камчатская область	380,2	1174790,0	3089,9	591243,6	101626,0	294,0
Корякский АО	28,5	249701,4	8761,5	106699,9	14577,0	511,5
Магаданская область	229,2	1108367,0	4835,8	427812,0	141689,0	614,17
Приморский край	2124,7	4415583,6	2078,2	1904240,9	626234,9	294,7
Республика Саха (Якутия)	982,9	5358528,7	5451,7	2048366,0	739892,0	751,5
Сахалинская область	584,7	1572310,0	2689,1	830,3	72571,0	122,8
Хабаровский край	1487,9	4210000,0	2837,0	2399700,0	463100,0	311,2
Чукотский АО	73,8	885623,0	13277,7	313099,0	76736,0	1150,5
ДВФО	7038,1	20370259,0	2894,3	8360887,7 (41,0%)	2633789,9 (12,9%)	374,2

край, Чукотский автономный округ), этот показатель увеличился в среднем на 70%.

Таким образом, анализ реализации территориальных программ государственных гарантий оказания гражданам ДВФО бесплатной медицинской помощи в 2002 году показал, что в целом намечается положительная динамика как в реструктуризации объемов медицинской помощи населению, так и в финансовом обеспечении территориальных программ государственных гарантий и их реализации.

РЕАЛИЗАЦИЯ ФЕДЕРАЛЬНЫХ ЦЕЛЕВЫХ ПРОГРАММ

В субъектах Федерации Дальневосточного федерального округа реализуется 14 федеральных целевых программ (ФЦП) по здравоохранению, в их числе: «Предупреждение и борьба с заболеваниями социального характера» с входящими в нее подпрограммами «Вакцинопрофилактика», «Сахарный диабет», «Неотложные меры по борьбе с туберкулезом в России», «Анти-ВИЧ/СПИД», «О мерах по предупреждению дальнейшего распространения заболеваний, передаваемых половым путем», «О мерах по развитию онкологической помощи населению» и «Совершенствование Всероссийской службы медицины катастроф»; «Дети России» с подпрограммами «Безопасное материнство», «Дети-инвалиды», «Дети Севера», «Дети Чернобыля»; а также «Профилактика и лечение артериальной гипертензии» и др.

В 2002 году на реализацию федеральных целевых программ по ДВФО планировалось финансирование в объеме 921,9 млн. руб. Реальное финансовое покрытие составило 913,0 млн. руб., или 99% от запланированного.

По источникам финансирования средства, выделяемые на реализацию всех ФЦП в целом, по ДВФО распределились следующим образом:

- из бюджетов субъектов Федерации ДВФО – 494,9 млн. руб. (54,2% от общего объема финансирования);
- из федерального бюджета – 242,4 млн. руб. (26,5% от общего объема финансирования);
- из внебюджетных источников субъектов Федерации ДВФО – 87,7 млн. руб. (9,5% от общего объема финансирования);
- из бюджетов муниципальных образований субъектов Федерации ДВФО – 81,4 млн. руб. (8,8% от общего объема финансирования);
- из прочих источников – 6,9 млн. руб. (0,8% от общего объема финансирования).

Таким образом, основная доля финансирования ФЦП в ДВФО приходится на средства субъектов Федерации.

Реальное финансовое обеспечение ФЦП из всех источников в целом по ДВФО приближалось к 100%, однако уровень финансирования в различных субъектах Федерации был разным. Так, в Республике Саха (Якутия), Хабаровском крае, Еврейской автономной области и Корякском автономном округе финансирование практически соответствовало уточненным (расчетным) показателям.

В Приморском крае оно составило 84,8% от запланированного, в Камчатской области – 69,4%, в Чукотском автономном округе – 65,1%, в Амурской, Магаданской и Сахалинской областях реальное финансирование превышало расчетное.

В 2002 году необходимые средства на реализацию ФЦП из федерального бюджета поступили в полном объеме в Хабаровский край, Сахалинскую область,



Таблица 6

**ФИНАНСИРОВАНИЕ ПРОГРАММЫ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ
ОБЕСПЕЧЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ ДВФО БЕСПЛАТНОЙ
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ В 2002 ГОДУ**
(млн. руб.)

Показатель	Амурская область	ЕАО	Кам- чатская область	Коряк- ский АО	Мага- данская область	При- мор- ский край	Респуб- лика Саха (Якутия)	Саха- лин- ская область	Хаба- ров- ский край	Чукот- ский АО
СТОИМОСТЬ ПРОГРАММЫ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ, ВСЕГО:										
расчетная	3091,6	434,3	1642,6	231,5	1469,4	7348,8	7890,9	2173,4	4082,0	754,26
в % к 2001 году	89,7	128,3	136,8	123,7	133,5	146,1	156,2	123,0	114,2	220,0
утвержденная	2427,5	393,0	1262,9	203,0	1088,4	4968,0	5391,5	1401,6	3663,3	754,26
% от расчетной	79,0	90,5	76,9	87,7	74,1	67,6	68,3	64,5	89,7	100,0
фактически профинансировано	2214,6	437,0	1166,1	239,5	1114,5	4265,4	5349,2	2094,2	4070,5	877,56
в % к 2001 году	150,1	154,4	142,4	168,9	139,5	150,9	134,8	151,7	145,7	273
ФАКТИЧЕСКИ ПРОФИНАНСИРОВАНО В % ОТ СТОИМОСТИ:										
расчетной	71,6	99,1	71,0	103,5	75,8	58	67,8	96,4	99,7	109,1
утвержденной	91,2	111,2	92,3	118,0	102,4	85,9	99,2	151,2	111,1	109
В ТОМ ЧИСЛЕ: СТОИМОСТЬ ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ОМС										
расчетная	1156,1	194,6	596,3	77,9	635,7	3204,3	2284,4	860,5	2747,0	232,3
в % к 2001 году	129,4	127,7	184,0	194,3	153,0	160,7	99,8	104,7	113,9	111
утвержденная	766,8	188,0	534,4	49,4	253,1	2114,9	1809,2	447,5	1599,3	232,3
% от расчетной	66,3	96,6	89,6	63,4	39,8	66,0	79,2	52,0	58,2	100
фактически профинансировано	851,2	220,3	528,3	55,3	298,5	1974,3	1930,8	515,9	1725,6	347,96
в % к 2001 году	178,6	171,6	171,7	182,5	162,8	156,8	156,3	125,5	154,0	219
ФАКТИЧЕСКИ ПРОФИНАНСИРОВАНО В % ОТ СТОИМОСТИ ПРОГРАММЫ ОМС:										
расчетной	68,1	113,2	88,6	71,1	46,7	61,6	84,5	60,0	62,8	128,3
утвержденной	102,3	126,9	98,9	112,0	119,1	93,4	106,7	115,3	107,9	128,0
В ТОМ ЧИСЛЕ ПОСТУПИЛО СРЕДСТВ НА ВЫРАВНИВАНИЕ ФИНАНСИРОВАНИЯ ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ИЗ:										
федерального бюджета ФФОМС*	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	50,0	31,0	49,0	5,5	35,0	52,2	46,0	19,0	82,0	3,0
ПОДУШЕВОЙ НОРМАТИВ ФИНАНСИРОВАНИЯ ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ГОСГАРАНТИЙ (РУБ. НА 1 ЖИТЕЛЯ):										
расчетный	3147,7	2220	4668	8296	6369,21	3405,8	8015,9	3676,6	2747,3	11092,1
фактический по итогам года	2254,7	2211,1	3315,6	8404,3	4843,9	2007,5	5422,0	3581,6	2739,6	10946,4
фактически в % от расчетного	72	99,5	71,0	101,3	76,1	58,9	67,6	97,4	99,7	98,7
ПОДУШЕВОЙ НОРМАТИВ ФИНАНСИРОВАНИЯ ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ОМС (РУБ. НА 1 ЗАСТРАХОВАННОГО):										
расчетный	1364,0	1082	1887	2766	2755,39	1485,0	2355,8	1501,8	1848,8	3415,98
фактический по итогам года	802,2	1131,9	1654	1942	1283,8	929,2	1964,3	882,3	1161,4	3794,6
фактически в % от расчетного	58,8	104,6	87,6	70,2	46,6	62,6	83,4	58,7	62,8	111,1



Корякский автономный округ. В Амурской области фактические поступления из федерального бюджета превысили плановые на 86,8%, в Республике Саха (Якутия) – на 13,2%, в Еврейской автономной области – на 5,5%. В то же время в Приморском крае недостаток финансирования из федерального бюджета составил 31,0%, в Камчатской области – 22,4%, в Магаданской области – 7,8%. Чукотскому автономному округу средства из федерального бюджета на реализацию ФЦП вообще не выделялись. В целом по ДВФО дефицит финансирования за счет федерального бюджета составил всего 2,6 млн. руб., или 1,1% от запланированного.

Аналогичная ситуация складывалась и с финансированием ФЦП из бюджетов субъектов Федерации, дефицит которого составил 26,2 млн. руб., или 5,1% от расчетного показателя. При этом в Еврейской автономной области, Корякском и Чукотском автономных округах обязательства бюджетов субъектов Федерации были выполнены в полном объеме, в остальных территориях имелся различной степени дефицит (максимальным он был в Камчатской – 37,6% от расчетного и Магаданской – 18,4% областей).

В 6 территориях на реализацию ФЦП привлекались внебюджетные средства субъектов Федерации (Республика Саха (Якутия), Амурская, Магаданская и Сахалинская области, Корякский и Чукотский автономные округа), причем в Магаданской, Сахалинской областях и ЧАО эти средства были выделены в объемах, в 2–3 раза превышающих запланированные.

Средства местных бюджетов привлекались для финансирования ФЦП в 6 субъектах Федерации: Хабаровском и Приморском краях, Амурской, Магаданской и Еврейской автономных областях, в Корякском автономном округе.

ФИНАНСОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ

ФЦП «ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ И БОРЬБА С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СОЦИАЛЬНОГО ХАРАКТЕРА»

В 2002 году во всех без исключения территориях ДВФО реализовывалась Федеральная целевая программа «Предупреждение и борьба с заболеваниями социального характера» с входящими в нее подпрограммами. Подпрограммы «Вакцинопрофилактика», «Сахарный диабет», «Неотложные меры по борьбе с туберкулезом в России» в 2002 году реализовывались во всех субъектах Федерации ДВФО, подпрограмма «Анти-ВИЧ/СПИД» – во всех, кроме Сахалинской области, остальные подпрограммы – лишь в отдельных территориях.

Суммарно на финансирование ФЦП «Предупреждение и борьба с заболеваниями социального характера» в целом по ДВФО в 2002 году было запланировано 753,1 млн. руб., реально оно составило 703,9 млн. руб., или 93,5% от запланированного. В общем объеме выделенных средств доля федерального бюджета составила 165,9 млн. руб. (23,6%). При этом дефицит его составил 16,2% от запланированного объема. Финансирование подпрограммы из бюджетов субъектов Федерации составило 444,7 млн. руб., или 63,2% от общего объема средств, с дефицитом в размере 28,0 млн. руб. (6,0% от расчетного). Для финансирования данной ФЦП привлекались внебю-

джетные средства субъектов Федерации, средства муниципальных бюджетов и прочих источников, что составило 93,4 млн. руб., или 13,3% от общего объема.

В полной мере и даже с превышением расчетных показателей финансирование было осуществлено в 5 территориях из 10: Республике Саха (Якутия), Хабаровском крае, Сахалинской области, Еврейской автономной области и Корякском автономном округе.

Для реализации подпрограммы «Неотложные меры по борьбе с туберкулезом в России» в целом по ДВФО планировалось выделить 180,3 млн. рублей. Фактически было выделено 81,8% от запланированной суммы. Дефицит в объеме 32,8 млн. руб. сложился в основном за счет федерального бюджета – 24,7 млн. руб. (75,3%), бюджетов субъектов Федерации (9,9 млн. руб.) и муниципальных бюджетов (3,1 млн. руб.). Из внебюджетных источников субъектов Федерации поступило средств больше запланированного на 4,8 млн. руб., т.е. на 150%.

В полном объеме данная подпрограмма была профинансирована в Корякском автономном округе и Еврейской автономной области. В отдельных территориях наблюдалось превышение реального финансирования над расчетным: в Сахалинской области – на 67,3%, в Магаданской области – на 29,7%, в Хабаровском крае – на 6%.

В ходе реализации подпрограммы «Неотложные меры по борьбе с туберкулезом в России» было освоено 149,1 млн. руб., что составило 101,1% от объема реального финансирования. Выделенные на реализацию подпрограммы средства в различных субъектах Федерации ДВФО были использованы на реконструкцию и строительство противотуберкулезных диспансеров в Хабаровском крае (г. Комсомольск-на-Амуре), в Республике Саха (Якутия), на оснащение диспансеров диагностическим и лечебным оборудованием, на приобретение медикаментов для туберкулезных больных, внедрение программ мониторинга.

В рамках ФЦП «Предупреждение и борьба с заболеваниями социального характера» в 2002 году выполнялась подпрограмма «Сахарный диабет», направленная на снижение заболеваемости, инвалидизации и смертности населения от сахарного диабета, организацию профилактики, ранней диагностики и эффективного лечения диабета и его осложнений, повышение продолжительности и улучшение качества жизни.

Для ее исполнения в ДВФО в 2002 году было запланировано 112,9 млн. руб., реальное финансирование составило 136,4 млн. руб., или 120,8%. Перевыполнение плана было достигнуто благодаря увеличению объемов финансирования как из средств федерального бюджета (на 40,9%), так из бюджетов субъектов Федерации ДВФО (15,0%). Выполнение плана из внебюджетных средств субъектов Федерации ДВФО составило 202%.

В общем объеме финансирования данной подпрограммы средства федерального бюджета составили всего 9,6%, тогда как средства бюджетов субъектов Федерации – 80,3%. Остальные поступали из внебюджетных источников субъектов Федерации (7,6%) и местных бюджетов (2,5%).



В процессе реализации подпрограммы «Сахарный диабет» было освоено 137,6 млн. руб., что превысило реальное финансирование на 0,9%. Средства, выделенные на реализацию подпрограммы, расходовались в полном объеме на приобретение инсулина и сахароснижающих препаратов, средств индивидуального контроля.

Подпрограмма «Вакцинопрофилактика» в 2002 году реализовывалась во всех субъектах Федерации ДВФО. На ее финансирование планировалось выделить из всех источников 97,0 млн. руб., реальная сумма составила 94,9 млн. руб., или 97,8% от запланированного объема.

Доля федерального бюджета в финансировании данной подпрограммы составила 61,5% (58,4 млн. руб.), что значительно больше, чем в других подпрограммах. При этом реальное финансирование из федерального бюджета в 2002 году составило 105,2% от запланированного объема. Средства из бюджетов субъектов Федерации ДВФО, напротив, были выделены в размере 84,2% от расчетного показателя.

Благодаря проведенным программным мероприятиям во многих территориях ДВФО удалось стабилизировать эпидемический процесс по коклюшу, кори, менингококковой инфекции, клещевому весенне-летнему энцефалиту и т.д. Однако остается актуальной проблема вакцинации населения ДВФО от парентеральных гепатитов В и С (особенно декретированных групп и лиц из групп риска), против краснухи.

Несмотря на особую значимость проблемы распространения ВИЧ-инфекции, объем финансирования подпрограммы «Анти-ВИЧ/СПИД» был наименьшим среди других подпрограмм этой группы. В 2002 году в целом по ДВФО на финансирование подпрограммы планировалось выделить 53,4 млн. руб. Реальное финансирование составило всего 69,7% (37,2 млн. руб.). Недостаточное финансовое обеспечение подпрограммы «Анти-ВИЧ/СПИД» из федерального бюджета составило 7,8 млн. руб., или 25% от запланированного объема, из средств бюджетов Федерации ДВФО – 9,3 млн.руб. (48,7%).

Финансирование подпрограммы «Анти-ВИЧ/СПИД» в полном объеме из всех источников осуществлялось в Республике Саха (Якутия), Хабаровском крае, Еврейской автономной области, Чукотском и Корякском автономных округах.

В Приморском крае, где наблюдается наиболее сложная ситуация с распространением ВИЧ-инфекции, дефицит финансирования составил 33,3% (по плану – 15,0 млн. руб., по факту – 10,0 млн. руб.), при этом дефицит из федерального бюджета составил 2,9 млн. руб. (29,6% от запланированного объема), дефицит из бюджета края – 2,1 млн. руб. (61,8%). Финансирование из местного бюджета полностью соответствовало расчетным показателям и составило 18% в общем объеме финансирования. Недофинансирование подпрограммы «Анти-ВИЧ/СПИД» из бюджета субъекта Федерации в размере 66,6% отмечалось также в Камчатской области. При этом общий дефицит финансирования подпрограммы составил 17,9% от запланированного объема. Сахалинская область в 2002 го-

ду не участвовала в реализации подпрограммы «Анти-ВИЧ/СПИД», на 2003 год такая работа запланирована.

Несмотря на дефицит финансирования подпрограммы «Анти-ВИЧ/СПИД» средства на ее реализацию в целом по ДВФО были освоены на 98,7%. Они направлялись на приобретение лабораторного оборудования для центров профилактики и борьбы со СПИДом, диагностических тест-систем. В Амурской области, кроме того, проводилась санитарно-просветительная и разъяснительная работа среди школьников, молодежи и другого населения по вопросам профилактики ВИЧ-инфекции.

ПОДПРОГРАММА «О МЕРАХ ПО РАЗВИТИЮ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ»

Данная подпрограмма реализуется только в Хабаровском крае, Республике Саха (Якутия), Амурской области и Чукотском автономном округе. Из этих территорий только в Хабаровском крае в ее финансировании участвовал федеральный бюджет (2 млн. руб., или 0,8% от общего объема). Таким образом, ее реализация осуществляется преимущественно за счет средств субъектов Федерации, чем в некоторой степени можно объяснить и тот факт, что эта подпрограмма работает не во всех территориях.

ФЕДЕРАЛЬНАЯ ЦЕЛЕВАЯ ПРОГРАММА «ДЕТИ РОССИИ»

Федеральная целевая программа «Дети России» и входящие в ее состав подпрограммы реализуются во всех субъектах Федерации ДВФО.

Все подпрограммы в 2002 году выполнялись только на территории Магаданской области, где финансирование ФЦП «Дети России» было осуществлено в размере 34,322 млн. руб., что составило 47,8% от общего объема финансирования федеральных целевых программ в области и 194,0% от уточненного (запланированного) объема финансирования.

ПОДПРОГРАММА «БЕЗОПАСНОЕ МАТЕРИНСТВО»

Подпрограмма «Безопасное материнство» в 2002 году реализовывалась в Хабаровском крае, Амурской, Камчатской, Сахалинской, Магаданской областях и Корякском автономном округе. Финансирование ее в Магаданской области осуществлялось в основном за счет субъекта Федерации, внебюджетных источников и муниципальных бюджетов. При этом средства из федерального бюджета были выделены всего в размере 2,2% от запланированного объема.

В Хабаровском крае она финансировалась исключительно из федерального бюджета, реальное финансирование в объеме 5,5 млн. рублей полностью соответствовало расчетным показателям.

В Сахалинской области подпрограмма «Безопасное материнство» также была профинансирована на 100%, но финансирование осуществлялось только из бюджета области.

В Корякском автономном округе полное финансирование подпрограммы сложилось из средств федерального бюджета и бюджета субъекта Федерации.



В Камчатской области дефицит финансирования подпрограммы «Безопасное материнство» составил 47,4% от запланированного объема из-за недостатка как федеральных средств, так и средств бюджета субъекта Федерации.

В Амурской области собственные средства вообще не были запланированы, а основной объем финансирования данной программы осуществлялся из бюджета муниципальных образований.

Средства, выделяемые на реализацию данной подпрограммы, направлялись на приобретение медикаментов (средства гормональной контрацепции), закупку оборудования (в Магаданскую область были поставлены 6 наркозно-дыхательных аппаратов, 9 аппаратов ИВЛ, инкубатор интенсивной терапии для новорожденных в родильные дома, областную и центральные районные больницы; в Амурской области было закуплено медицинское оборудование, лечебное специализированное питание для беременных, кормящих матерей и новорожденных).

ПОДПРОГРАММЫ «ДЕТИ-ИНВАЛИДЫ», «ДЕТИ СЕВЕРА», «ДЕТИ-СИРОТЫ», «ДЕТИ ЧЕРНОБЫЛЯ»

Подпрограмма «Дети-инвалиды» направлена на решение проблем детей с отклонениями в развитии, создание условий для их полноценной жизни. В 2002 году она выполнялась в 5 субъектах Федерации ДВФО. В Республике Саха (Якутия) финансирование осуществлялось за счет средств федерального бюджета и бюджета республики (профинансирована на 64,3%); в Хабаровском крае и Амурской области – только за счет федерального бюджета (профинансирована на 100%); в Сахалинской области профинансирована на 100% из внебюджетных источников, в Магаданской области профинансирована из всех источников всего на 9,1%.

Подпрограмма «Дети Севера» направлена на обеспечение нормального развития детей, проживающих в северных районах, профилактику заболеваний. Реализуется в 4 субъектах Федерации ДВФО. Ее финансирование осуществлялось в полном объеме из всех источников, кроме Магаданской области, где использовались только собственные средства.

Подпрограмма «Дети-сироты» реализуется с целью создания условий для полноценного развития детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, обеспечения условий для их интеграции в общество, социальной и личностной самореализации. В Сахалинской и Магаданской областях она профинансирована полностью из внебюджетных источников.

Целью подпрограммы «Дети Чернобыля» является комплексное решение проблемы сохранения и укрепления здоровья детей, подвергшихся воздействию радиации вследствие аварии на Чернобыльской АЭС. Данная подпрограмма в 2002 году на территории ДВФО практически не выполнялась, и только в Магаданской области выделялись средства на ее реализацию (47,1% от этой суммы составили средства федерального бюджета, 52,9% – средства бюджета Магаданской области).

Таким образом, реализация федеральных целевых программ в субъектах ДВФО в 2002 году осуществлялась достаточно активно, однако, основной проблемой остается недостаточное финансирование.

Кроме федеральных целевых программ, в субъектах Федерации в ДВФО реализуются территориальные целевые программы, направленные на решение наиболее острых проблем каждой конкретной территории.

Так, практически во всех субъектах Федерации действует программа «Кадры», направленная на решение кадровых проблем регионов. В Республике Саха (Якутия) работает программа «Дети арктических улусов», направленная на комплексное решение проблемы улучшения здоровья детей Крайнего Севера. В Амурской области успешно реализуется программа «Профилактика йоддефицитных состояний». В ряде субъектов Федерации ДВФО работает программа «Пищевые продукты из сои». Практически по всему Дальневосточному региону действуют целевые программы, направленные на улучшение первичной медико-санитарной помощи, скорой и неотложной помощи, санитарно-эпидемиологического благополучия. В ДВФО имеется целый комплекс программ (с учетом потребностей регионов), касающихся службы охраны материнства и детства: «Планирование семьи и репродуктивное здоровье женщин», «Дети Амура», «Развитие индустрии детского питания». В условиях дефицита бюджетных средств целевые программы позволяют концентрировать ограниченные материальные и финансовые ресурсы для решения наиболее актуальных проблем здравоохранения, поэтому руководители субъектов Федерации в ДВФО и органы управления здравоохранением уделяют им достаточно большое внимание.

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ

Общая заболеваемость детского населения округа продолжает оставаться на достаточно высоком уровне и в большинстве субъектов Федерации в ДВФО превышает средний уровень по России. В пяти территориях округа в 2002 году отмечается рост детской заболеваемости. Это обусловлено в том числе проведенной в 2002 году Всероссийской диспансеризацией детей. Наиболее высокая заболеваемость отмечается в Камчатской и Магаданской областях, Корякском и Чукотском автономных округах, в Приморском крае. Рост заболеваемости органов дыхания (несмотря на неблагоприятную экологическую ситуацию в ряде территорий, связанную с большим количеством пожаров) отмечен только в пяти субъектах Федерации. По сравнению с 2001 годом рост инфекционной заболеваемости отмечен только в Магаданской области. В остальных территориях ее уровень заметно снизился. Аналогичная ситуация отмечается с заболеваемостью органов пищеварения, рост которой выявлен только в четырех территориях. Обращает на себя внимание заболеваемость врожденными пороками развития, которая по сравнению



с 2001 годом увеличилась в шести территориях. Регистрируется рост травматизма, который наблюдается в восьми из десяти субъектов Федерации в ДВФО и в большинстве территорий превышает российский показатель.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ПОДРОСТКОВ В ДВФО

Уровень заболеваемости подростков в округе в целом практически соответствует российскому показателю. Исключение составляют Корякский и Чукотский автономные округа, где заболеваемость подростков выше, чем в Российской Федерации. В структуре заболеваемости приоритетное значение также имеют болезни органов дыхания и органов пищеварения, травмы и отравления. В семи территориях округа уровни травм и отравлений превышают российский показатель и требуют принятия неотложных мер не только со стороны здравоохранения, но и администраций субъектов Федерации в ДВФО.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ

Наиболее высокий уровень заболеваемости взрослого населения из всех территорий округа в 2002 году отмечается в Республике Саха (Якутия) – 1276,4 на 1000 и в Камчатской области – 1139,6 на 1000 населения.

В 2002 году значительно изменилась ситуация с заболеваемостью взрослого населения инфекционными болезнями. Незначительный рост отмечен только в трех территориях, в остальных субъектах уровень заболеваемости остается прежним либо существенно снизился. Остается достаточно высокой заболеваемость новообразованиями. Лидирующие позиции в округе занимают Хабаровский край и Камчатская область, где этот показатель достигает 46,7 и 47,9 на 1000 взрослого населения соответственно. Как стабильную можно оценить ситуацию с заболеваемостью органов кровообращения, показатель которой во всех территориях округа не превышает российский. Аналогичная ситуация складывается с заболеваемостью органов дыхания.

В 60% территорий округа травмы и отравления у взрослого населения встречаются чаще, чем в целом по Российской Федерации, достигая уровня 114,0 на 1000 взрослого населения (Корякский автономный округ). Соответственно уровень смертности от травм и отравлений мужского и женского населения Дальневосточного федерального округа значительно превышает российский показатель.

По-прежнему остается серьезной в Дальневосточном федеральном округе эпидемиологическая ситуация с заболеваемостью туберкулезом. Уровень заболеваемости с впервые в жизни установленным диагнозом туберкулеза в ДВФО в 2002 году составил 118,8 на 100 тыс. населения (РФ – 86,1 на 100 тыс.).

Не менее важной проблемой является ВИЧ-инфицирование населения. По данным Дальневосточного окружного центра по профилактике и борьбе со СПИДом при Хабаровском НИИЭМ, на 31.12.02 года в округе насчитывалось 5465 ВИЧ-инфицированных. Абсолютный прирост по отношению к 2001 году составил +36%. Для сравнения в Российской Федерации прирост количества ВИЧ-инфицированных за аналогичный период времени – +27%. До 78% из них проживают в Примор-

ском крае, 9,9% – в Хабаровском крае, 6,8% – в Республике Саха (Якутия). Высокий прирост количества ВИЧ-инфицированных диктует необходимость более активного проведения профилактических мероприятий.

ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ФЕДЕРАЛЬНЫХ И РЕГИОНАЛЬНЫХ ОРГАНОВ УПРАВЛЕНИЯ В ДАЛЬНЕВОСТОЧНОМ ФЕДЕРАЛЬНОМ ОКРУГЕ ПО ВОПРОСАМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

В начале 90-х годов прошлого столетия Правительством была принята экономическая политика, в соответствии с которой государство минимально вмешивалось в создание новой рыночной системы, в том числе в отрасли здравоохранения. В стране сложилась многоуровневая система методов и процедур организации и финансирования здравоохранения, которая не могла полностью удовлетворить потребности граждан в услугах здравоохранения и не гарантировала качества медицинской помощи.

Нерегулируемые рыночные отношения привели к ряду отрицательных явлений в здравоохранении: разрыву сложившихся многоуровневых связей, кризису человеческих отношений, созданию в регионах автономной, независимой системы регионального здравоохранения, страховой медицины, ограничивающей перемещение пациентов внутри региона. Здравоохранение боролось за выживание в «общем котле» рыночной конкуренции, без соответствующего правового и материально-технического обеспечения, с грузом социальных гарантий, не обеспечиваемых государством. В условиях борьбы за скудные бюджетные и страховые средства конкуренция не помогала, а вредила делу, так как денег не хватало никому.

В этих условиях Министерство здравоохранения Российской Федерации прилагало максимальные усилия по планированию, координации и контролю за проведением реформы здравоохранения в рамках существующего законодательства. Сосредоточило главные силы на принятии и исполнении Программы государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью. Предприняло меры по выравниванию ее финансирования через федеральные целевые программы и федеральную адресную инвестиционную программу. Разработало нормативы и стандарты медицинской помощи, устанавливающие обязательные минимальные размеры медицинской помощи, которые государство обязано гарантировать каждому человеку. Они должны быть адаптированы в каждом субъекте Российской Федерации, что позволит обеспечить доступность и высокое качество медицинской помощи.

Анализ ситуации показывает, что без законодательного закрепления этих мер только ведомственными приказами невозможно ускорить решение проблемы. Законом должна быть определена нормативная база, финансовая составляющая по коррекции региональных тарифов и ответственность за введение в действие отраслевых стандартов медицинской помощи на территории субъектов Российской Федерации. Законом должны быть определены организации, контролирующие ис-



полнение стандартов медицинской помощи на территории федерального округа. Это должны быть независимые от бюджетного и коммерческого финансирования, а также органов здравоохранения организации. Они должны привлекать к работе высококлассных специалистов медицинской науки и практики, активно сотрудничать с ассоциациями и другими объединениями врачей.

В законе должны быть прописаны положения о независимой экспертизе работы отдельных врачей, медицинских учреждений, страховых медицинских организаций, положения об учреждениях или органах, осуществляющих такую экспертизу в интересах больных. Эксперты должны иметь право оценить качество лечения конкретного больного, были ли в полном объеме выполнены стандарты медицинской помощи, которые разработал Минздрав России. А самое главное, чтобы пациент знал, куда он может обратиться в конфликтных случаях, при неполучении помощи, неправильном или безрезультатном лечении.

В условиях кризиса в здравоохранении децентрализация системы здравоохранения и отсутствие четко определенных и разграниченных полномочий по ее управлению между федеральными и региональными органами создают дополнительные трудности при организации совместного планирования. В рамках федерального округа только участие и воля региональных властей способна соединить всех заинтересованных участников процессов развития регионального здравоохранения в целях устойчивого и сбалансированного движения вперед. Только координация усилий всех сторон создаст основу для модернизации системы управления региональным здравоохранением. Кажется очевидной необходимость расширения функций территориальных фондов обязательного медицинского страхования, превращения их из инвесторов в механизм управления региональным здравоохранением с целью повышения качества и совершенствования технологий оказания медицинской помощи. При этом региональные власти могут обеспечивать внедрение необходимых и наиболее инновационных организационных методов стратегического планирования и управления, ускоряющих развитие и привлечение региональных потенциалов.

ФОРМИРОВАНИЕ ПОЛИТИКИ МЕЖРЕГИОНАЛЬНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ В ОБЛАСТИ НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ И МЕЖДУНАРОДНОГО СОТРУДНИЧЕСТВА

В связи с перемещением центра тяжести финансовых затрат из «Центра» в «Регионы» возрастает роль научно-исследовательской деятельности в определении приоритетов развития регионального здравоохранения, расчетов медико-социальных и экономических последствий принимаемых решений в будущем – приведет ли это к росту трудового и производственного потенциала, росту уровня жизни, качества здоровья, приросту населения. Возрастает роль руководителей органов управления здравоохранением при определении конечной цели инвестирования бюджетных средств субъекта Российской Федерации в те или иные проекты.

В рамках федерального округа, объединенного общими проблемами, можно сверить сильные и слабые стороны каждого субъекта, договориться о совместных вложениях средств в науку, совместном развитии общих программ, чтобы иметь возможность перераспределить сэкономленные ресурсы на стратегическое направление или бизнес-проект сегодняшнего дня. Такая возможность предоставляется руководителям органов управления здравоохранением на заседаниях Координационного совета по здравоохранению в ДВФО, постоянными членами которого они являются, который собирается не реже 3 раз в год. В решениях Координационного совета определены следующие приоритеты региональных научных исследований:

- разработка и внедрение современных технологий охраны здоровья населения, оказания высокотехнологичных видов медицинской помощи и реабилитации больных;
- изучение медико-биологических и социально-демографических проблем экологии и экопатологии человека, обусловленных особыми географическими и климатическими условиями Дальнего Востока, проблемами адаптации и акклиматизации;
- прогнозирование будущих изменений общественного здоровья, связанных с изменениями медико-демографических показателей состояния здоровья граждан Российской Федерации, ростом смертности от неустановленных причин, несчастных случаев, травм, отравлений, самоубийств, алкоголизма, наркомании и СПИДа.

Знаковым событием в развитии академической науки на Дальнем Востоке является принятое в 2003 году решение о создании Дальневосточного научного центра Сибирского отделения Российской академии медицинских наук в г. Владивостоке. Он возьмет на себя функцию организатора взаимодействия научно-исследовательских учреждений Дальнего Востока как на межрегиональном и международном уровне, так и на уровне субъектов Российской Федерации. В его составе пять ведущих научных центров – НИИ репродуктивного здоровья, НИИ терапии и восстановительного лечения, НИИ эпидемиологии и микробиологии, НИИ физиологии и патологии дыхания, НИИ охраны материнства и детства. Одной из задач Центра будет выполнение работ по экономике здравоохранения Дальневосточного федерального округа. Планируется провести президиум (сессию) СО РАМН по актуальным проблемам здравоохранения Дальнего Востока.

Ведущим академическим учреждением в ДВФО является государственное учреждение Дальневосточный научный центр физиологии и патологии дыхания Сибирского отделения РАМН с двумя его филиалами: Хабаровский филиал – институт охраны материнства и детства и Владивостокский филиал НИИ медицинской климатологии и восстановительного лечения. Кроме того, на территории ДВФО работает Хабаровский НИИ эпидемиологии и микробиологии как структурное подразделение Минздрава России. Научно-исследовательская деятельность данных учреждений осуществляется по различным направлениям.



Институтом физиологии и патологии дыхания изучены морфофункциональные механизмы защиты дыхательной системы на разных этапах онтогенеза при воздействии экстремальных экологических факторов. Изучены механизмы восстановления кардиореспираторной системы, формирования недостаточности системы «мать – плод» и ее влияние на развитие органов дыхания новорожденного. В короткие сроки разработан ряд новых методов диагностики и лечения в пульмонологии, создана модель внешнего дыхания человека.

Организация НИИ охраны материнства и детства позволила за короткий отрезок времени разработать и внедрить эффективные методы лечения и профилактики внутриутробных инфекций, заболеваний почек у беременных, разработать методы реабилитационной терапии у женщин с привычным невынашиванием беременности, методы терапии бронхолегочной патологии у детей. Все это позволило значительно снизить уровень перинатальной заболеваемости и смертности, а также заболеваемость и смертность детей с острой пневмонией.

НИИ медицинской климатологии и восстановительного лечения в г. Владивостоке в последние годы занимался изучением механизма восстановления кардиореспираторной системы и разработкой новых технологий реабилитации, изучением медико-биологических и социально-демографических проблем экологии человека. Разработан и внедрен целый ряд высокоэффективных методов профилактики и лечения наиболее распространенных неинфекционных заболеваний на Дальнем Востоке.

Наряду с разработкой и совершенствованием новых технологий эпидемиологического надзора за вирусными гепатитами и ВИЧ-инфекцией, паразитами, за рабической инфекцией Хабаровским НИИ эпидемиологии и микробиологии усовершенствованы методы доклинической, ранней клинической диагностики и профилактики клещевого энцефалита, клещевых боррелиозов и риккетсиозов. Разработаны и внедрены в практику новые технологии иммунотерапии клещевого энцефалита, что позволило на 13% снизить летальность в группе с очаговыми формами заболевания. Разработан новый лечебный препарат «иммуноглобулин против клещевого энцефалита», в клинических испытаниях показавший высокую эффективность. Институт выполнил специализированную диагностику клещевого энцефалита, что позволило поднять верификацию диагноза до 90%. Разработана программа предупреждения и снижения заболеваемости гепатитами В и С в регионе. Работы института отмечены правительственными и международными наградами.

Таким образом, результаты деятельности медицинской науки в Дальневосточном федеральном округе определяются разработкой и внедрением большого количества новых и эффективных технологий, что сказывается на снижении заболеваемости, смертности, снижении сроков пребывания в стационаре, внедрении краткосрочных стационарных или амбулаторных технологий, улучшении качества жизни больных и ее про-

должительности. Вместе с тем отмечается, что тематика некоторых исследований совпадает, инициативные темы не охватывают всех острых проблем практического здравоохранения.

Вузовская наука представлена 17 штатными научными подразделениями 4 ведущих вузов Дальневосточного региона в составе: Владивостокского государственного медицинского университета; Дальневосточного государственного медицинского университета; Амурской государственной медицинской академии и Медицинского института Якутского государственного медицинского университета.

Отличительной особенностью вузовской науки является ее направленность на подготовку высококвалифицированных кадров, выполнение фундаментальных и прикладных клинических исследований параллельно с обеспечением учебного процесса.

Так, ученые Амурской государственной медицинской академии разрабатывают следующие научные направления: адаптация человека в различных географических и производственных условиях; научные основы охраны здоровья женщины, матери, плода и новорожденного; патология органов дыхания; физиология и патология сердечно-сосудистых заболеваний; совершенствование методов профилактики, диагностики и лечения хирургических заболеваний органов и систем.

Во Владивостокском государственном медицинском университете большое внимание уделяется таким направлениям, как изучение нитрооксидермических механизмов регуляции висцеральных функций; фармакоэкономические исследования при важнейших заболеваниях человека; современные технологии сохранения, развития, восстановления здоровья детей и подростков и др.

В Дальневосточном государственном медицинском университете проводятся научные исследования по проблемам клеточной пролиферации; влияние социально-этнических и экологических факторов на качество здоровья населения; эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение вирусных, паразитарных заболеваний и других неинфекционных заболеваний; первичная и вторичная профилактика онкологических заболеваний и многих других.

В Медицинском институте Якутского государственного университета (Саха) изучаются физиологические и медицинские аспекты здоровья различных возрастных групп населения в регионе.

Совместными усилиями ученых Дальнего Востока достигнуты определенные успехи. Более 60 патентов на изобретение получены вузами и академическими институтами Дальневосточного федерального округа в 2001–2002 годах. Все изобретения внедрены в практику лечебных баз, на которых разрабатывались.

Одним из показателей результатов научной работы НИИ и вузов является издательская деятельность. В Дальневосточном регионе выпускается 5 медицинских журналов, ежегодно издается более 100 методических рекомендаций, 70 монографий, учебников, справочников, пособий, публикуется около 2500 ста-



тей в отечественной и зарубежной печати. В этих материалах отражаются достижения и передовые идеи здравоохранения. Совместно с органами управления здравоохранением территорий проводятся научно-практические конференции. Все это положительно сказывается на процессе своевременного внедрения научных достижений в практику, поддержания уровня теоретических знаний практических врачей.

Основными проблемами научного обеспечения системы здравоохранения ДВФО являются: недостаточно обеспеченная, слабая научно-техническая и клиническая база НИИ и вузов, отсутствие или недостаточное бюджетное финансирование, недостаточный приток научных кадров, низкий социально-экономический уровень научных работников, недостаточная координация исследований, проводимых в отдельных НИИ и вузах. Это послужило поводом обращения полномочного представителя Президента в ДВФО, по ходатайству представителя Минздрава России, в Правительство Российской Федерации о финансировании в 2004 году строительства клинико-диагностического центра ДВГМУ.

Мощный специализированный центр онкологии в г. Хабаровске, включающий в себя комплекс из 35 зданий общей стоимостью 60 млн. долларов, первая очередь которого будет запущена в 2003 году, позволит сконцентрировать современные достижения медицинской науки, эффективно осуществлять профилактику и лечение онкологических заболеваний, развивать и совершенствовать систему здравоохранения Дальневосточного региона.

Большой вклад в развитие дальневосточной науки вносит администрация Приморского края, которая своими последовательными действиями создает условия для организации научного центра Сибирского отделения РАМН в г. Владивостоке, способствует закреплению имеющихся и привлечению новых научно-медицинских кадров, готовит базу для развития международного сотрудничества.

Наиболее масштабными международными программами в регионе являются:

- профилактика злоупотребления наркотиками и реабилитация больных наркоманией в Приморском крае: Программа ООН «Реабилитация больных наркоманией»; Совет Европы Группа Помпиду – «Сеть городов. Тенденции в злоупотреблении наркотиками»; Программа – «Снижение вреда» (Фонд Сороса);
- развитие технологий общей врачебной практики (Хабаровский край, Приморский край);
- клинико-фармакологические исследования по кардиотропной группе лекарственных средств, в рамках международных рандомизированных исследований (Приморский край, Хабаровский край);
- партнерство по профилактике СПИДа (Приморский край);
- партнерство по внедрению образовательных программ «Неотложные состояния» в рамках деятельности медицины катастроф.

ПРОГНОЗ РАЗВИТИЯ МЕЖРЕГИОНАЛЬНЫХ СВЯЗЕЙ В ОБЛАСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

За последние 2–3 года происходит укрепление региональной системы здравоохранения Российской Федерации. Создание федеральных округов, введение института представителей Министерства здравоохранения в округах, координационных советов способствуют решению сложных задач в области здравоохранения на межрегиональном и межведомственном уровне:

1. Расширению взаимодействия между органами управления здравоохранением, территориальными фондами ОМС, центрами Госсанэпиднадзора субъектов Российской Федерации, межведомственными комиссиями полномочного представителя Президента Российской Федерации в ДВФО при реализации государственной политики в области здравоохранения.
2. Обмену опытом и распространению новых перспективных форм работы по отдельным направлениям охраны здоровья.
3. Координации взаимодействия с межрегиональными медицинскими ассоциациями.
4. Взаимодействию с неправительственными организациями в области общественного здравоохранения, особенно по проблемам социально значимых заболеваний (туберкулез, ВИЧ/СПИД, наркомания, алкоголизм).
5. Изучению и планированию потребности в медицинских кадрах учреждений здравоохранения Дальневосточного федерального округа.
6. Разработке и обеспечению механизма непрерывного повышения квалификации врачей и специалистов здравоохранения.
7. Развитию совместных научных исследований и международных связей.
8. Обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия.

Основными принципами взаимодействия субъектов Российской Федерации в ДВФО при реализации государственной политики Российской Федерации в области здравоохранения на территории всех субъектов Дальнего Востока являются:

- обеспечение согласованной стратегии развития систем здравоохранения субъектов;
- ведущая роль территориальных органов управления здравоохранением в координации и взаимодействии субъектов Федерации ДВФО в области здравоохранения;
- организация медико-экономического проектирования реформы здравоохранения субъектов Федерации ДВФО с учетом природных, демографических, эпидемиологических и социально-экономических особенностей регионов;
- развитие современных методов управления и инфраструктуры;
- развитие договорной базы взаимодействия и координации территорий.



**ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ В РАМКАХ
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ
ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ,
ОКАЗЫВАЕМОЙ ЗА СЧЕТ СРЕДСТВ
БЮДЖЕТОВ ВСЕХ УРОВНЕЙ
И ВНЕБЮДЖЕТНЫХ СРЕДСТВ ОМС**

С целью обеспечения равных прав граждан Российской Федерации – населения ДВФО на получение приоритетных видов медицинской помощи, финансируемых, согласно программе государственных гарантий за счет средств бюджетов всех уровней и внебюджетных средств ОМС, взаимодействие осуществляется при разработке следующих документов:

- договор между субъектами Федерации в ДВФО об оказании приоритетных видов медицинской помощи, финансируемых за счет средств бюджетов субъектов Российской Федерации, в лечебно-профилактических учреждениях, находящихся в подчинении территориальных органов управления здравоохранением;
- порядок возмещения затрат за оказание различных видов медицинской помощи между субъектами Федерации в ДВФО;
- порядок направления граждан – жителей Дальнего Востока на дорогостоящее лечение в лечебно-профилактические учреждения, находящиеся в подчинении органов управления здравоохранением субъектов Федерации в ДВФО;
- устранение ограничений в оказании медицинской помощи в системе ОМС для жителей других территорий в ДВФО;
- создание межрегиональных центров специализированной медицинской помощи, разработка порядка направления и порядка оплаты за лечение в этих центрах;
- представление Минздраву России обоснованных предложений по изменению временного закрепления территории за учреждениями федерального подчинения по каждому высокотехнологичному виду медицинской помощи.

Взаимодействие по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия осуществляется по следующим направлениям:

- взаимобмен информацией о санитарно-эпидемиологическом состоянии территорий и данными социально-гигиенического мониторинга;
- осуществление предупредительного надзора за строящимися крупными объектами, которые могут оказать неблагоприятное воздействие на население сопредельных территорий;
- координация научных исследований и совместное использование лабораторных баз;
- обмен информацией о санитарно-эпидемиологическом состоянии предприятий пищевой промышленности, поставляющих продукцию в субъекты Федерации ДВФО;

- совместная разработка региональной нормативно-правовой базы;
- создание благоприятных условий для работы и проживания людей, организация летнего отдыха детей в загородных оздоровительных учреждениях;
- обобщение информации о состоянии здоровья населения Дальнего Востока с учетом влияния внешней среды;
- просвещение и санитарная пропаганда с целью повышения мотивации к здоровому образу жизни и охране окружающей среды.

**ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ С АППАРАТОМ
ПОЛНОМОЧНОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ
ПРЕЗИДЕНТА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
В ДАЛЬНЕВОСТОЧНОМ ФЕДЕРАЛЬНОМ ОКРУГЕ**

План работы представителя Минздрава России разрабатывается во взаимодействии с аппаратом полномочного представителя Президента Российской Федерации в Дальневосточном федеральном округе.

Представитель Минздрава России в ДВФО и сотрудники отдела координации участвуют в работе аппарата полномочного представителя Президента Российской Федерации в ДВФО, в том числе при посещении субъектов Федерации во время проверок и иных мероприятий. В течение 2001–2002 годов были разработаны и внедрены механизмы анализа работы региональных систем здравоохранения и выработки предложений (внешний аудит) по совершенствованию организации оказания медицинской помощи населению, направленных на обеспечение конституционных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи и реализацию Концепции развития здравоохранения и медицинской науки Российской Федерации в ДВФО. Выработывается согласованная позиция органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации, представителя Минздрава России в ДВФО и сотрудников аппарата полномочного представителя Президента РФ по приоритетным направлениям в области охраны здоровья населения с учетом реальных возможностей территорий решать проблемные вопросы, совершенствовать медицинские и организационные технологии и т.п.

Полномочный представитель Президента Российской Федерации в ДВФО направляет совместную работу своего аппарата с Министерством здравоохранения РФ и его представителем в округе, органами управления здравоохранением регионов Дальнего Востока по анализу реализации программных мероприятий региональных и федеральных целевых программ. Разработаны рекомендации по координации действий федеральных и региональных органов государственной власти, выполнению программных мероприятий, осуществляется текущий контроль исполнения.

Аппарат полномочного представителя Президента Российской Федерации в ДВФО привлекает сотруд-



ников отдела координации по вопросам здравоохранения в округе, к работе в составе оперативной группы аппарата по координации деятельности и организации взаимодействия органов управления здравоохранением при ликвидации медико-санитарных последствий чрезвычайных ситуаций и террористических актов на территории Дальневосточного региона, во время проведения командно-штабных учений.

При полномочном представителе Президента Российской Федерации в ДВФО созданы и работают межведомственные комиссии по различным направлениям социально-экономического развития Дальнего Востока, в составе которых работают сотрудники отдела координации.

Совместная работа аппарата полномочного представителя Президента Российской Федерации, межведомственных комиссий и Координационного совета по здравоохранению в ДВФО направлена на выполнение решения Совета Безопасности Российской Федерации от 27.11.2002 года «Об основных направлениях обеспечения национальной безопасности Российской Федерации в Дальневосточном федеральном округе» в части принятия дополнительных мер по обеспечению гарантий оказания гражданам, проживающим в округе, бесплатной медицинской помощи, профилактики и лечения социально обусловленных заболеваний (туберкулеза, наркомании, алкоголизма, СПИДа), а также по улучшению материально-технического оснащения лечебно-профилактических учреждений.

Межведомственной комиссией по охране здоровья, социальному и духовному развитию населения совместно с руководителями органов управления здравоохранением и центров Госсанэпиднадзора субъектов Федерации в округе были обсуждены и приняты дополнительные меры по недопущению завоза и распространения в округе особо опасных инфекций, в т.ч. синдрома острого респираторного заболевания («атипичная пневмония» SARS). Особое внимание было уделено вопросам санитарно-карантинного контроля в пунктах пропуска через государственную границу за прибывающими из-за рубежа и санитарно-эпидемиологического надзора за местами пребывания внутренних мигрантов и иммигрантов.

На совместных заседаниях комиссии с советом ректоров вузов ДФО и президиумом ДВО РАН ведется работа по интеграции вузовской и академической науки на Дальнем Востоке России. Принято решение о создании совета по научно-технической и инновационной политике при полномочном представителе Президента Российской Федерации в ДВФО, формировании региональной нормативной правовой базы, стимулирующей научную инновационную деятельность (в т.ч. в области охраны здоровья населения), о расширении направлений подготовки кадров в соответствии с программами развития территорий Дальнего Востока России.

Совместно с аппаратом полномочным представителем Президента Российской Федерации осуществ-

лялся контроль проведения Всероссийской диспансеризации детей в округе. О ее результатах на заседании Координационного совета при полномочном представителе были проинформированы руководители органов исполнительной власти субъектов Федерации в округе. В их адрес направлены согласованные на Координационном совете по здравоохранению рекомендации о необходимости эффективной профилактики, лечения заболеваний и реабилитации детей в рамках комплексной межведомственной работы в субъектах Федерации, рекомендовано включить данные мероприятия в региональные программы социально-экономического развития территорий.

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕЖВЕДОМСТВЕННОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ

Примером государственного подхода в исполнении указов и посланий Президента Российской Федерации Федеральному Собранию Российской Федерации в части организации межведомственного взаимодействия является уровень практического сотрудничества органов и учреждений здравоохранения Дальневосточного федерального округа и медицинской службы Краснознаменного Дальневосточного военного округа. Возглавляет медицинскую службу округа член Координационного совета по здравоохранению в ДВФО, заслуженный врач Российской Федерации, полковник м/с Владимир Владимирович Шаппо.

Важнейшей задачей медицинской службы ДВО в современный период является обеспечение приоритета в решении задач по сохранению и укреплению здоровья военнослужащих как важнейшего фактора поддержания боевой готовности войск, а также сохранение гарантированного уровня оказания медицинской помощи всем контингентам, имеющим право на медицинское обеспечение. Медицинская служба округа активно использует информационно-аналитические программы для осуществления мониторинга состояния здоровья военнослужащих, разрабатывает и внедряет программу этапных лечебно-профилактических мероприятий в звене «войсковая часть – поликлиника – госпиталь – санаторий».

Медицинская служба ДВО участвует в системе обязательного медицинского страхования по обеспечению медицинской помощью в военно-медицинских учреждениях ДВО по медицинским страховым полисам категориям лиц, не имеющих в соответствии с действующим законодательством права на бесплатную медицинскую помощь в военно-медицинских учреждениях МО России, то есть гражданского персонала ВС России.

Медицинская служба ДВО имеет возможности и заинтересована в проведении обследования и лечения гражданского населения в военно-лечебных учреждениях округа. Существующий уровень военной медицины, организация ухода, отношение к больному зачастую выше, чем в некоторых лечебно-профилактических учреждениях субъектов Федерации, особенно в отдаленных районах. В рамках функционирования унифицированной



(сопряженной) системы медицинского обеспечения войск медицинская служба ДВО оказывает помощь военнослужащим и членам их семей, другим ведомствам.

В настоящее время в состав медицинской службы ДВО входит 19 госпиталей, 6 гарнизонных поликлиник, 5 стоматологических поликлиник, 3 станции переливания крови, 5 судебно-медицинских лабораторий, патологоанатомическая лаборатория. В округе уделяется большое значение санаторно-курортному лечению, которое обеспечивается имеющейся сетью военных здравниц на территории России. Дальневосточный военный округ имеет 4 военных санатория: Хабаровский, Кульдурский, Шмаковский и Океанский с общей койочной сетью 1250 коек. Сегодня это крупные специализированные санаторно-курортные учреждения, хорошо оснащенные новейшей медицинской аппаратурой и оборудованием, укомплектованные опытнейшими, высококвалифицированными медицинскими кадрами. Повысилась роль военных санаториев как центров медицинской реабилитации после перенесенных тяжелых заболеваний и травм, принимающих больных, переведенных из госпиталей, в целях более быстрого выздоровления, восстановления работоспособности и возвращения больного к обязанностям военной службы или трудовой деятельности.

Безусловным лидером является Окружной госпиталь ДВО, который по праву считается одним из крупных ведущих медицинских учреждений Дальнего Востока. Кроме хорошей оснащенности медицинской техникой, госпиталь славится высококвалифицированными врачами, укомплектованным и обученным средним и младшим медицинским персоналом, хорошо организованным уходом за больными.

301-й Окружной военный клинический ордена Красной Звезды госпиталь (ОВКГ) является многопрофильным специализированным лечебно-профилактическим военно-медицинским учреждением, а также клинической, методической, учебной и научной базой медицинской службы округа. На базе госпиталя развернуто 12 клинических кафедр Дальневосточного государственного медицинского университета. Врачи – служащие Российской армии и члены семей офицеров – могут беспрепятственно обучаться на циклах повышения квалификации и сертификации без отрыва от работы. В случае необходимости любой военнослужащий может получить консультативную и практическую помощь профессорско-преподавательского состава медицинского университета, часть из них является главными внештатными специалистами Министерства здравоохранения Российской Федерации в Дальневосточном федеральном округе.

В целях совершенствования системы лечебно-диагностической и профилактической работы медицинской службы округа планируется изменить организационно-штатную структуру 301-го ОВКГ с учетом:

- потребностей войск Дальневосточного региона;
- особенностей территориальной системы медицинского обеспечения Дальневосточного военного округа и округов других силовых ведомств;

- значительной удаленности от центральных военных лечебных учреждений,
- экономической нерентабельности организации эвакуации больных и пострадавших в федеральный центр.

Для оптимизации медицинского обеспечения войск, дислоцированных в Дальневосточном федеральном округе, реорганизации лечебно-диагностического процесса, дальнейшего совершенствования в оказании медицинской помощи прикрепленным контингентам на уровне амбулаторно-поликлинического звена, более эффективного использования лечебно-диагностической базы госпиталей и поликлиник силовых структур, дислоцированных в Дальневосточном федеральном округе, планируется создать на базе 301-го ОВКГ межрегиональный центр по оказанию специализированной медицинской помощи для Дальневосточного региона – центр военной медицины Дальневосточного федерального округа. Все это значительно улучшит качество оказываемой медицинской помощи личному составу войск и населению Дальневосточного федерального округа, откроет новые возможности для межрегионального и межведомственного взаимодействия, дальнейшего развития сотрудничества с Дальневосточным государственным медицинским университетом в научно-исследовательской и методической работе, подготовке медицинских кадров и непрерывного повышения квалификации врачей.

Материально-техническое оснащение и кадровый состав госпиталя позволяют проводить обследование и лечение больных разной категории сложности, как военнослужащих ДВО, так и других видов и родов войск, а также Восточного округа ВВ, ФПС. Ежегодно более 100 тяжелых больных переводится из лечебно-профилактических учреждений округа. Обобщается опыт работы госпиталей, исследуются проблемы современной боевой травмы, проводится научно-методическая разработка организации и проведения лечебно-профилактических мероприятий, готовятся методические пособия и указания. В госпитале действуют 15 мобильных бригад, которые предназначены для оказания специализированной медицинской помощи в зоне ответственности 301-го ОВКГ территориальной системы медицинского обеспечения ДВО. Бригады оснащены комплектным медицинским имуществом, оборудованием и медикаментами для работы в автономных условиях.

В госпитале разрабатываются, осваиваются и внедряются в практику новые методы диагностики и лечения, обеспечивается учебный процесс интернатуры медицинского состава округа, проводится аттестация работников медицинской и фармацевтической специальностей округа. Госпиталь оказывает консультативную, практическую и методическую помощь врачам лечебно-профилактических учреждений в обследовании и лечении наиболее сложных больных, участвует в оказании неотложной помощи жителям г. Хабаровска, работает в системе ОМС, ДМС и оказывает платные медицинские услуги.



ЗДРАВООХРАНЕНИЕ РОССИИ



IV

МЕЖДУНАРОДНОЕ СОТРУДНИЧЕСТВО

РОССИЙСКОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ
И МЕЖДУНАРОДНОЕ СОТРУДНИЧЕСТВО

449

МЕЖДУНАРОДНЫЕ ПАРТНЕРЫ ПО ОКАЗАНИЮ
ПОМОЩИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

461

РОССИЙСКИЙ ФАРМРЫНОК
СТАНОВИТСЯ БОЛЕЕ ЦИВИЛИЗОВАННЫМ
И ПРЕДСКАЗУЕМЫМ

473

РОССИЙСКОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ И МЕЖДУНАРОДНОЕ СОТРУДНИЧЕСТВО

НАЧАЛЬНИК УПРАВЛЕНИЯ
МЕЖДУНАРОДНОГО
СОТРУДНИЧЕСТВА
МИНИСТЕРСТВА
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Сергей Михайлович
Фургал



Международное сотрудничество в области здравоохранения и медицинской науки как объединение усилий государств, межправительственных и неправительственных организаций, отдельных коллективов и специалистов является важным и перспективным направлением деятельности Министерства здравоохранения, поскольку позволяет использовать положительный международный опыт для решения актуальных проблем отечественного здравоохранения.

Международные связи в области здравоохранения осуществляются путем:

- многостороннего и двустороннего сотрудничества со странами СНГ;
- участия в деятельности специализированных учреждений системы ООН;
- многостороннего регионального и глобального сотрудничества с межправительственными и неправительственными организациями и партнерами;
- двустороннего сотрудничества с зарубежными странами.

Юридической основой для взаимодействия Минздрава России с зарубежными партнерами служат международные договорно-правовые акты:

- межгосударственные и межправительственные договоры о сотрудничестве в области экономики, торговли, науки, культуры и т.д.;

- межправительственные соглашения (24) о сотрудничестве в области здравоохранения и медицинской науки;

- межведомственные соглашения (58 программ, планов, протоколов) о сотрудничестве в области здравоохранения и медицинской науки;

- постановления и распоряжения Правительства Российской Федерации о головных учреждениях, осуществляющих сотрудничество с международными организациями (на их основе МИД России подготовил межведомственное распределение обязанностей, в соответствии с которым Минздрав России является головным по обеспечению участия России в деятельности ВОЗ, программы ЮНЭЙДС, Глобального фонда по борьбе с ВИЧ/СПИД, туберкулезом и малярией, а также Комиссии ФАО/ВОЗ по пищевым стандартам);

- базовое соглашение о сотрудничестве между Минздравом России и Всемирной организацией здравоохранения.

На уровне сотрудничающих учреждений и организаций здравоохранения регионов и территорий страны действуют прямые соглашения, программы и планы сотрудничества с зарубежными партнерами, клиниками, университетами, организациями, фирмами и т.д.

Источниками финансирования международного сотрудничества являются: целевые валютные ассигнования из госбюджета страны, выделяемые для участия представителей Минздрава России в наиболее значимых зарубежных мероприятиях (47 тыс. долл. США в 2002 году), а также отдельно для лечения российских граждан за рубежом (2 млн. долл. США в 2002 году), бюджеты российских организаций и учреждений, средства зарубежных участников сотрудничества и международных межправительственных организаций (регулярный бюджет ВОЗ, ЮНЭЙДС, гранты, контракты, стипендии и др.).

К сожалению, полномасштабная реализация обязательств Минздрава России по действующим соглашениям с зарубежными странами, в том числе странами

СНГ, а также более эффективное взаимодействие с международными организациями и партнерами по многостороннему сотрудничеству заметно сдерживается отсутствием целевого рублевого финансирования и крайней ограниченностью валютного финансирования.

Ежегодно Минздравом России принимается более 12 официальных делегаций на уровне министров здравоохранения зарубежных стран, их заместителей, руководителей и ответственных представителей международных организаций. Организуется более 400 рабочих встреч с зарубежными партнерами, обеспечивается визовая поддержка более чем 450 иностранным специалистам, посещающим нашу страну в ходе сотрудничества, принимается до 15 стипендиатов ВОЗ, проходящих подготовку в различных учреждениях здравоохранения Минздрава России.

Достаточно активно ведется работа по обновлению и развитию правовой базы международного сотрудничества. Так, только в 2002 году подписано 1 межправительственное и 10 межведомственных соглашений о сотрудничестве с зарубежными странами, в том числе государствами СНГ.

Приоритетным направлением остается многостороннее и двустороннее сотрудничество именно со странами СНГ, осуществляемое главным образом в рамках Совета по сотрудничеству в области здравоохранения государств – участников СНГ, председателем которого является министр здравоохранения России. Проведенные 14 заседаний Совета и принятые им решения и документы заметно продвинули взаимодействие стран СНГ в обеспечении их санитарно-эпидемиологического благополучия, обмене информацией и специалистами, готовности служб здравоохранения к работе в условиях чрезвычайных ситуаций, предоставлении равной медицинской помощи гражданам стран СНГ.

Минздрав России представлен в составе межгосударственных комиссий и координационных советов, занимающихся разработкой, экспертизой и реализацией межгосударственных программ. Так, в целях обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения государств Содружества созданы Межгосударственная комиссия по санитарно-эпидемиологическому нормированию и экспертные группы по вопросам совершенствования методологии санитарно-эпидемиологического нормирования и согласованных действий по санитарной охране территорий государств – участников Содружества от завоза и распространения карантинных заболеваний. Принята Программа координации действий по предупреждению медико-санитарных последствий чрезвычайных ситуаций на территории Содружества – Координационный Совет по проблемам медицины катастроф.

В рамках сотрудничества в Интеграционном комитете подготовлено Соглашение о взаимном предоставлении гражданам Республики Беларусь, Республики Казахстан, Киргизской Республики и Российской Федерации равных прав при получении скорой и неотложной медицинской помощи.

Сотрудничество со странами СНГ на двусторонней основе осуществляется по наиболее приоритетным направлениям. Так, с Республикой Молдова подписано Со-

глашение о взаимном признании гигиенических сертификатов, с Украиной – о медицинском страховании граждан, временно находящихся на территории стран. В июне 2001 года подписано Соглашение о сотрудничестве в области здравоохранения с Азербайджанской Республикой, в январе 2003 года – в предупреждении распространения ВИЧ-инфекции – с Украиной. В настоящее время согласовываются проекты соглашения о сотрудничестве в области регистрации, стандартизации и контроля качества лекарственных средств с Узбекистаном.

Продолжается плановая работа по интеграции систем и служб здравоохранения Союзного государства России и Белоруссии, проведено несколько заседаний рабочих групп и консультаций по различным направлениям взаимодействия. В рамках Союза Беларуси и России создана совместная коллегия министерств здравоохранения, первое заседание которой успешно проведено в апреле 2000 года.

Особое место в системе международных связей в области здравоохранения принадлежит сотрудничеству с международными межправительственными организациями, осуществляемому в соответствии с их программной деятельностью и соответствующими обязательствами Российской Федерации. Стабильно развивается сотрудничество со специализированными учреждениями системы ООН, где главными партнерами Минздрава России остаются Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) и Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИД (ЮНЭЙДС).

На современном этапе сотрудничества с ВОЗ Минздрав России активно поддерживает реформы в административно-финансовой и программной деятельности организации, одобряет определенные ВОЗ программные приоритеты, в числе которых борьба с туберкулезом, ВИЧ/СПИД, ликвидация полиомиелита, профилактика неинфекционных заболеваний, безопасность пищевых продуктов и др.

Участие России в работе уставных органов ВОЗ (Исполком ВОЗ, Всемирная ассамблея здравоохранения, Региональный комитет Европейского регионального бюро ВОЗ) дает возможность влиять на деятельность этой организации с учетом интересов отечественного здравоохранения.

Представители Минздрава принимают активное участие в работе Исполкома ВОЗ. На январской сессии Исполкома был выдвинут и на майской, 2003 года, сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения избран на должность Генерального директора этой организации представитель Республики Корея д-р Дж. Ли, входивший в состав упомянутой выше Рабочей группы высокого уровня по борьбе с туберкулезом в России. Изменения в руководстве Секретариата ВОЗ открывают новые перспективы для сотрудничества с этой организацией.

С 1990 года в связи с распадом СССР и образованием 14 новых независимых государств, ставших членами ВОЗ, и снижением экономического потенциала страны взнос России в регулярный бюджет организации уменьшился в 10 раз и сегодня составляет 1,06% от бюджета ВОЗ на 2000 год (или 4,5 млн. долл. США). Со-



кращение взноса автоматически повлекло за собой перерасчет допустимой квоты кадрового представительства Российской Федерации в Секретариате ВОЗ, которое снизилось со 115 специалистов в 1990 году до 16 – в 2000 году. В настоящее время на постах штатных сотрудников ВОЗ продолжают работу 24 российских специалиста (Россия считается в кадровом отношении страной, «перепредставленной» в организации), занимающих ответственные посты в основных программах и подразделениях Секретариата, что позволяет получать информацию о деятельности этих программ и способствует активизации участия отечественных учреждений и специалистов в сотрудничестве с ВОЗ.

В последние два года достаточно успешно ведется работа по продвижению российских кадров в ВОЗ и ЮНЭЙДС: удалось обеспечить назначение одного специалиста в программу ЮНЭЙДС и трех представителей нашей страны в различные программы Секретариата ВОЗ.

Сохраняется система сотрудничающих центров ВОЗ, число которых сократилось с 89 до 43. Лишь немногие из них имеют финансовую поддержку со стороны организации. Со 120 до 32 человек сократилось и число российских ученых в составе экспертов ВОЗ. В начале 2002 года был выпущен отчет совещания директоров российских сотрудничающих центров ВОЗ (декабрь 2001 года), содержащий развернутые рекомендации по дальнейшей оптимизации работы для всех партнеров, в том числе Минздрава России, которые участвуют в этом перспективном направлении сотрудничества.

Проводимая в последние годы ВОЗ политика экономии средств привела к резкому сокращению издания публикаций ВОЗ на русском языке, прекращению найма российских специалистов в качестве краткосрочных консультантов ВОЗ для работы в развивающихся странах и выезда российских специалистов на стажировку за рубеж по стипендиям ВОЗ. В то же время все большее число зарубежных консультантов, в том числе и по линии ВОЗ, приезжают в Россию, пытаясь учить российских руководителей здравоохранения и специалистов тому, что мы знаем не хуже, а зачастую и лучше их. Делаются попытки передавать заказы на издание публикаций ВОЗ на русском языке не российским, а зарубежным издательствам, что, на наш взгляд, недопустимо, пусть даже на самых льготных условиях. Все меньшее число стипендиатов ВОЗ из зарубежных стран приезжают на стажировку в Россию.

Складывающаяся ситуация в организации и экономическое состояние отрасли в стране способствовали частичному пересмотру сложившихся принципов сотрудничества с ВОЗ и ориентации на получение прямой «технической помощи». Так, с 1994 года Минздрав России совместно с Европейским региональным бюро (ЕРБ) ВОЗ разработал и успешно реализовал ряд двухлетних среднесрочных программ сотрудничества, финансируемых из регулярного бюджета и предусматривающих осуществление конкретных проектов на территории России по наиболее приоритетным проблемам отечественного здравоохранения. Сумма, выделяемая на эти программы, составляла 200 тыс. долл.

США с перспективой увеличения в ближайшие годы до 1 млн. долл. США за счет перераспределения регулярного бюджета ВОЗ между ее регионами.

Сегодня взаимодействие с ВОЗ в рамках двухлетних соглашений о сотрудничестве между Минздравом России и ЕРБ ВОЗ (на его реализацию в 2002–2003 годах ВОЗ выделила 447 тыс. долл. США) ориентировано на проведение мероприятий в области охраны материнства и детства, профилактики и борьбы с инфекционными заболеваниями, повышения качества медицинской помощи населению и формирования здорового образа жизни, охраны окружающей среды и др.

В связи с планировавшимся при участии ВОЗ в конце 90-х годов предоставлением гуманитарной помощи Российской Федерации, главным образом Скандинавскими странами, Генеральный директор ВОЗ по согласованию с Минздравом России направил в Москву своего специального представителя. Сегодня в различных регионах России продолжается реализация проектов и программ ВОЗ, которая координируется совместно Минздравом и Офисом специального представителя Гендиректора ВОЗ в России, финансируемого за счет донорских средств. Офис значительно активизировал свою работу и сегодня является надежным и эффективным механизмом распространения и реализации в России передовых идей, рекомендаций и экспертизы ВОЗ. Созданная по его инициативе и при непосредственном участии Рабочая группа высокого уровня по борьбе с туберкулезом в России успешно продолжает свою деятельность и является признанным образцом для организации сотрудничества по другим направлениям.

В соответствии с генеральной линией ВОЗ по установлению лидирующей роли организации в охране здоровья населения планеты Минздрав России активно поддерживает Специального представителя Генерального директора ВОЗ в деле координации всех проектов, осуществляемых в России межправительственными и неправительственными международными организациями в области здравоохранения. В настоящее время, когда в Россию активно поступает гуманитарная помощь, в том числе и медицинского назначения, от различных международных межправительственных (ООН, ПРООН, ВОЗ, ЮНИСЕФ, Верховный комиссариат по беженцам и др.) и неправительственных («Врачи мира», «Врачи без границ» и др.) организаций, координирующая роль ВОЗ становится особенно значимой.

Последовательно наращивает свою деятельность в России программа ЮНЭЙДС, осуществляющая проекты по комплексной оценке эпидемической ситуации по ВИЧ-инфекции, разработке основных направлений противодействия распространению эпидемии и мероприятий по борьбе со СПИДом среди наркоманов и молодежи. При организационно-финансовой поддержке ЮНЭЙДС в Москве проводится ряд крупных мероприятий по данной проблеме с участием представителей стран СНГ. В бюджет ЮНЭЙДС Российская Федерация выплачивает добровольные взносы в размере 500 тыс. долл. США в год.

В 1965–1992 годах Минздрав России принимал активное участие в деятельности Международного



агентства по изучению рака (МАИР). Однако в связи с прекращением выплаты взносов в бюджет этой организации и накопившейся задолженностью Россия в 1999 году была вынуждена перейти в категорию неактивных членов МАИР, лишившись права голоса в руководящих органах этой организации.

С 1997 года российские специалисты участвуют в деятельности Совета Европы (Страсбург), являясь экспертами в области трансплантологии и гематологии. Представитель Российской Федерации избран членом Бюро Европейского комитета по здравоохранению. Прорабатывается вопрос о присоединении России к Конвенции по защите прав и достоинства человека в связи с использованием достижений биологии и медицины и Дополнительному протоколу о запрете клонирования человека. Осуществляется также активное сотрудничество с «Группой Помпиду» по наркологии.

Устойчивый характер носит сотрудничество Минздрава России в рамках многосторонних глобальных и региональных связей.

Наряду с продолжающимся взаимодействием с традиционными партнерами (Всемирный банк, Европейский союз, Совет Европы) представители Минздрава вовлекаются и в относительно новые направления сотрудничества: подготовка и непосредственное участие во встрече лидеров «большой восьмерки», в консультативно-переговорном процессе по вступлению России во Всемирную торговую организацию (ВТО), в серии консультаций и мероприятий в рамках сотрудничества с НАТО, в развитии партнерства в рамках Европейского союза (инициатива правительства Финляндии) – «Северное измерение».

В последнее время появляются новые формы и возможности для развития регионального международного сотрудничества в области здравоохранения. Таковым является созданный в 1993 году по инициативе министерств иностранных дел Совет Баренцево/Евроарктического региона, в состав которого входят Россия (Республика Карелия, Архангельская и Мурманская области, Ненецкий автономный округ), Дания, Исландия, Норвегия, Финляндия и Швеция. Минздрав России активно участвовал как в разработке Декларации министров здравоохранения стран этого региона по охране здоровья населения, так и в формировании соответствующих программ сотрудничества в области здравоохранения.

Российские эксперты принимали участие в ряде организационных мероприятий, связанных с деятельностью Глобального фонда по борьбе с ВИЧ/СПИД, туберкулезом и малярией, в бюджет которого в декабре 2002 года был сделан первый добровольный взнос России в размере 1 млн. долл. США (из числа заявленных 20 млн. долл. США, которые предстоит внести в течение 2002–2006 годов). Минздрав России имеет хорошие перспективы в рамках взаимодействия с этим новым международным финансовым институтом. Прежде всего открывается возможность представления в Глобальный фонд российских заявок на оказание финансовой поддержки отечественным программам по борьбе с ВИЧ/СПИД и туберкулезом, которая может достигать

нескольких десятков млн. долл. США. Другим перспективным каналом получения прямой экономической отдачи является продвижение наиболее конкурентоспособных российских технологий, изделий, препаратов и лекарственных средств в развивающиеся страны, которые имеют возможность закупать российские товары за счет средств Глобального фонда для использования в борьбе с ВИЧ-инфекцией, туберкулезом и малярией.

В период существования СССР наиболее распространенной формой международных связей, осуществлявшихся в рамках межправительственных и межведомственных соглашений о сотрудничестве в области здравоохранения и медицинской науки, а также в соответствии с двусторонними программами культурного сотрудничества, были так называемые «безвалютные обмены». Эти обмены позволяли российским специалистам выезжать к своим зарубежным партнерам для участия в конференциях и симпозиумах, проводить совместные научные исследования, читать лекции.

В рамках такого сотрудничества с большинством европейских стран, США, Канадой, Индией, Китаем, Японией, с некоторыми латиноамериканскими государствами и рядом стран Северной Африки ежегодно в обмене участвовали более 1,5 тыс. специалистов, что способствовало налаживанию тесных научных и рабочих контактов с зарубежными партнерами.

После распада СССР только Бельгия, Индия, Германия и Австрия согласились продолжать сотрудничество с Минздравом России на основе ранее заключенных соглашений.

В последние годы значительное внимание было уделено обновлению правовой базы двустороннего сотрудничества в области здравоохранения и медицинской науки. Были заключены межправительственные соглашения с Великобританией, США, Португалией, Израилем, Словенией, Болгарией, Монголией, Люксембургом, а также межведомственные соглашения с министерствами здравоохранения Франции, Норвегии, Турции, Польши, Румынии, Китая, КНДР, Кувейта, Албании, Ирана, Македонии, Сирии, Финляндии, ФРГ. Только в 2002 году подписаны новые правовые документы, регламентирующие сотрудничество с Вьетнамом, Израилем, Монголией и Тунисом, подготовлено к подписанию соглашение с Данией. На различных этапах рассмотрения и согласования находятся соглашения еще с 13 странами.

Минздравом России также подписаны меморандумы о взаимопонимании и обмене информацией о лекарствах и биопрепаратах с США, Францией и Канадой.

В настоящее время особое внимание уделяется обеспечению деятельности министра здравоохранения России в качестве сопредседателя межправительственных комиссий по торгово-экономическому и научно-техническому сотрудничеству с Колумбией, Словенией и Македонией.

Наиболее активно международные связи развиваются с Францией, США, Китаем, Великобританией, Италией, Канадой, Индией.

Сотрудничество в области здравоохранения и медицинской науки с США имеет многолетнюю историю. Оно было значительно активизировано подписа-



нием в 1972 году межправительственного соглашения в этой области, а в 1974 году – соглашения о разработке искусственного сердца. В целом сотрудничество охватывало широкий круг проблем: сердечно-легочные заболевания, злокачественные новообразования, артриты, гигиена окружающей среды, грипп и вирусные гепатиты, офтальмология. Ежегодный обмен специалистами составлял более 300 человек с обеих сторон.

После распада СССР дальнейшие пути российско-американского сотрудничества были определены подписанием 14 января 1994 года Межправительственного Российско-американского соглашения о сотрудничестве в области здравоохранения и биомедицинских исследований, срок действия которого в 1999 году продлен на очередные 5 лет.

Истинный импульс сотрудничеству с США дало создание в декабре 1994 года в рамках Российско-американской комиссии по экономическому и технологическому сотрудничеству Комитета по здравоохранению, сопредседателями которого являются министры здравоохранения стран. В Программу сотрудничества включены такие проблемы, как сахарный диабет, санитарное просвещение и укрепление здоровья, профилактика инфекционных заболеваний и борьба с ними, первичная медицинская помощь, лечение туберкулеза и его профилактика, охрана материнства и детства, гигиена окружающей среды. Последнее, X заседание российско-американского Комитета по здравоохранению состоялось в июле 2002 года в Вашингтоне.

В настоящее время сотрудничество развивается вполне успешно и имеет конкретные результаты. Так, компания «Серл» совместно с РАО «Биопрепарат» построила в д. Изварино Московской области фармацевтическое производство, первая очередь которого вступила в строй в марте 1999 года. Вместе с тем в связи со значительным сокращением ассигнований с американской стороны на X заседании Комитета по здравоохранению было принято решение ограничить проблематику сотрудничества следующими тремя направлениями: контроль за инфекционными заболеваниями, качество и доступность медицинской помощи, охрана здоровья матери и ребенка.

Основным источником финансирования сотрудничества является Агентство США по международному развитию, бюджет которого на оказание помощи России в области здравоохранения составляет около 9 млн. долл. в год. Деятельность агентства не ограничивается поддержкой Комитета по здравоохранению, а направлена на расширение прямых связей с субъектами Российской Федерации на основе программы «партнерства».

Расширение сотрудничества с Японией наметилось еще при существовании СССР и было ориентировано главным образом на оказание нашей стране помощи в борьбе с последствиями аварии на Чернобыльской АЭС. В ответ на обращение руководства СССР Фондом Сасакавы были выделены 10 млн. долл. на оказание помощи детям, пострадавшим в результате аварии, и создание двух диагностических центров в г. Клинцы и Обнинске. Следует упомянуть также совместные программы по гематологии, эндокринологии, реконструкции доз

и эпидемиологическому регистру, определенные российско-японским межправительственным меморандумом 1991 года. В 1994–1999 годах на средства, выделенные Правительством Японии и японской фирмой «Искра», 80 руководителей здравоохранения России прошли стажировку в Японии. В 1998 году правительство Японии осуществило безвозмездную поставку медицинской техники и товаров на сумму более 4 млн. долл. в лечебные учреждения Приморского края, Амурской области, Камчатки, Сахалина, Хабаровска, Якутска, Магадана, а также Институту вирусологии им. Д.И. Ивановского и Санкт-Петербургской медицинской академии им. И.И. Мечникова. В том же 1998 году правительство Японии приняло решение об оказании гуманитарной помощи России путем поставок медикаментов, медицинского оборудования и расходных материалов на сумму 10 млн. долл., из которых 50% было предназначено Дальневосточному региону. В настоящее время Минздрав России активно поддерживает идею создания в Дальневосточном регионе при финансовой поддержке со стороны Японии телемедицинской сети и проводит совместно с МИД России соответствующие консультации с японской стороной.

Представители руководства Министерства здравоохранения входят в состав российских частей многих межправительственных комиссий по торгово-экономическому и научно-техническому сотрудничеству с зарубежными странами. Наиболее активно сотрудничество в области здравоохранения осуществляется в рамках российско-французской комиссии. Относительно регулярно проводятся рабочие консультации, заседания Рабочей группы по здравоохранению и медицинской науки, симпозиумы, семинары.

Что касается контактов с другими зарубежными странами, с которыми имеются соглашения, то они чаще носят спорадический характер и никак не соответствуют понятию сотрудничества. Одна из главных причин складывающейся ситуации – мизерные бюджетные ассигнования на международные связи в области здравоохранения.

В международном сотрудничестве в области здравоохранения с развивающимися странами за последнее десятилетие также произошли весьма существенные изменения. В начале 90-х годов до распада Советского Союза сотрудничеству с развивающимися странами в различных областях народного хозяйства, в том числе и в здравоохранении, являвшемся надежным каналом продвижения марксистской идеологии в развивающиеся страны как неотъемлемой составляющей внешнеполитического курса страны, придавалось огромное значение с выделением соответствующих бюджетных средств.

На тот период в различных частях света – от Никарагуа до Индонезии и от Алжира до Ботсваны – были построены десятки госпиталей. Более чем в 40 странах Латинской Америки, Азии и Африки по льготным контрактам или безвозмездно работали около 2000 советских медиков. Минздрав СССР, активно сотрудничая в направлении международных связей с ГКЭС, выступал в качестве так называемого «генерального поставщика»



как по части проектирования медицинских объектов и их предпроектной подготовки, так и в обеспечении выполнения обязательств страны по направлению на работу в развивающиеся страны медицинских кадров. Минздрав СССР в тот период располагал мощным резервом специалистов для работы за рубежом, который формировался на плановой основе закончившими обучение в специальной ординатуре и получившими подготовку по иностранному языку кадрами.

К 1993 году практически исчезло из обихода понятие «бесвозмездная помощь», прекратилось проектирование и строительство медицинских объектов для развивающихся стран, резко сократилось число работавших в них советских медицинских специалистов. Опыт последнего десятилетия показывает, что практическое здравоохранение лишь Йеменской Республики и Туниса остается в определенной мере зависимым от помощи России, что выражается главным образом, в направлении на работу в эти страны медицинских специалистов. В настоящее время в Йемене и Тунисе на коммерческих условиях работают около 400 российских медицинских специалистов, которые направляются в эти страны как государственными, так и коммерческими организациями, имеющими соответствующие лицензии Федеральной миграционной службы Российской Федерации. Сегодня, к сожалению, мы вынуждены констатировать, что связи с развивающимися странами в области здравоохранения в значительной мере утрачены. Предложения о направлении на работу российских врачей, поступающие преимущественно из таких африканских стран, как Зимбабве, Гана, Эритрея, и ряда других, даже при мизерной зарплате наших врачей в России, не выглядят для них привлекательными.

Мы считаем, что это направление международного сотрудничества заслуживает более пристального внимания, тщательного анализа современной ситуации и выработки конкретных и реалистичных предложений по его развитию на перспективу.

Несмотря, в целом, на положительные тенденции в развитии различных направлений международных медицинских связей, в работе по их организации и осуществлению, в последние годы проявляются существенные трудности и нерешенные вопросы.

В целях совершенствования и повышения эффективности международного сотрудничества в области здравоохранения и медицинской науки Коллегия Министерства здравоохранения Российской Федерации на своем заседании 22 апреля 2003 года приняла ряд системных решений.

Прежде всего участие в международном сотрудничестве признано важнейшей задачей и приоритетным направлением деятельности Минздрава России, подведомственных научно-практических учреждений и органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации.

Управлению международного сотрудничества совместно с другими заинтересованными партнерами поручено разработать проект концепции по участию Минздрава России в различных направлениях международного сотрудничества на ближайшую перспективу, а также методику оценки эффективности такого участия, действенную систему и механизмы контроля за внедрением результатов сотрудничества в практику отечественного здравоохранения, а также за реализацией рекомендаций резолюций и решений ВОЗ и ЮНЭЙДС.

В целях совершенствования взаимодействия Минздрава России с ВОЗ предстоит подготовить предложения по совершенствованию деятельности российских сотрудничающих центров ВОЗ, по расширению их сети, и прежде всего на базе региональных научно-практических учреждений здравоохранения и медицинской науки, а также по расширению состава российских экспертов ВОЗ и формированию резерва специалистов различных медицинских профилей, отвечающих современным кадровым требованиям ВОЗ, для рекомендации на вакантные посты, в том числе на должности руководителей отделов и программ ВОЗ.

Для эффективного использования возможностей, открывающихся в рамках взаимодействия с Глобальным фондом по борьбе с ВИЧ/СПИД, туберкулезом и малярией, признано необходимым активизировать подготовку заявок на получение финансовой поддержки России для борьбы с ВИЧ-инфекцией и туберкулезом, а также формирование пакета конкурентоспособных российских технологий, препаратов, медико-биологических продуктов с целью их продвижения на пространство СНГ и в развивающиеся страны для возможной закупки за счет Глобального фонда.

В целях реализации и упорядочения использования иностранных инвестиций и кредитов в интересах укрепления отечественного здравоохранения требуется создание эффективного механизма координации всех осуществляемых на территории Российской Федерации международных проектов в области здравоохранения – от экспертизы и определения степени государственной поддержки проектов до сопровождения их практической реализации. Предстоит наладить работу по мониторингу иностранных кредитов и инвестиций с целью их активного привлечения для развития российского здравоохранения, повышения эффективности расходования средств, организации работы с зарубежными поставщиками гуманитарной помощи.

Такая работа может быть по-настоящему эффективной только при формировании вертикали управления процессами международного сотрудничества на основе экспертизы и государственного сопровождения международных программ и проектов в области здравоохранения и медицинской науки.

МЕЖДУНАРОДНЫЕ ПАРТНЕРЫ ПО ОКАЗАНИЮ ПОМОЩИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

СПЕЦИАЛЬНЫЙ
ПРЕДСТАВИТЕЛЬ
ГЕНЕРАЛЬНОГО ДИРЕКТОРА
ВОЗ В РОССИИ
Доктор Микко Виенонен



С момента распада Советского Союза в 1991 году международные организации и доноры по двусторонним соглашениям своей финансовой поддержкой стремились облегчить переход России к рыночной экономике и реальной демократии.

С 1992 года и до конца 2000 года такие международные организации, как Международный валютный фонд (МВФ), Всемирный банк, Европейский банк реконструкции и развития (ЕБРР), а также Европейский союз, в рамках своей программы ТАСИС потратили на оказание содействия России около 34 млрд. долл. США в виде займов и безвозмездных субсидий. Полный размер поддержки, оказанной России мировым сообществом за последнее десятилетие, без учета ссуд на продовольственные товары, коммерческих кредитов и пересмотра сроков выплаты долгов приближается к 66 млрд. долл. США. Размеры денежных поступлений в Россию составляют одну треть от общих учтенных поступлений в страны Центральной и Восточной Европы и новые независимые государства, образовавшиеся после распада СССР. Среди стран-доноров самыми крупными являются Соединенные Штаты Америки, Германия, Великобритания, Франция, Нидерланды и скандинавские страны.

Хотя общая величина учтенных денежных потоков от года к году меняется, в последнее время прослеживается тенденция к снижению официальной помощи со стороны Соединенных Штатов. Уровень помощи по дву-

сторонним соглашениям остается относительно стабильным и составляет 82–86%. Доля внешней помощи в ВВП в течение 1999–2001 годов сократилась с 1,1 до 0,4%.

Однако реально оценить размеры помощи не просто, поскольку переход России на новые политические и экономические рельсы в последнее десятилетие проходил очень сложно, страна столкнулась с такими проблемами, которые правильно оценить не смогли ни международное сообщество, ни сами россияне. И хотя отдельные программы оказания безвозмездной помощи были успешно завершены, общепризнанным является тот факт, что в целом широких программных целей достигнуть не удалось. Задачи, которые ставили те или иные программы, не были выполнены в полной мере из-за отсутствия в стране национального политического согласия в отношении реформ, сильных и закрепленных законом имущественных прав, а в иных случаях из-за неудовлетворительной разработки и реализации самих программ, а также масштаба и сложности проблем, с которыми пришлось столкнуться. Эти факторы могут взаимно влиять друг на друга, а ограниченные реформы в одних областях отрицательно влияют на развитие других.

Международное сообщество договорилось относительно некоторых фундаментальных принципов экономического преобразования России, но при этом не выработало полной стратегии в отношении уровня, длительности, приоритетов и координации оказания помощи. К тому же ни российское Правительство, ни страны-доноры не удовлетворены координацией этой помощи, поскольку зачастую одно министерство не имеет представления о донорской помощи другому. Даже внутри одного сектора экономики реализуются не скоординированные между собой региональные программы, о которых в иных случаях ничего не известно на федеральном уровне. В переходный период донорские организации и российское Правительство проводили разные масштабные форумы по проблемам координации оказания помощи, и эти меры на какое-то время несколько улуч-

шали ситуацию в отдельных областях, однако в целом проблема координации не решена и по сей день.

Методы оказания помощи России, как в прошлом, так и в будущем, остаются предметом обсуждения. В последнее десятилетие доноры разными путями корректировали свои стратегии и программы. В настоящее время усилия мирового сообщества по оказанию помощи чаще всего направлены на долговременные программы. Последняя разработка долгосрочной экономической программы российского Правительства (известная как «Программа Грефа», названа по имени министра экономического развития) демонстрирует приверженность и способность Правительства серьезно оценивать и обсуждать политические выборы, которые встают перед государством.

Хотя стратегии и способы оказания помощи разными международными организациями и донорами отражают их разные задачи, в целом преследуются четыре ключевые цели: макроэкономическая стабилизация, приватизация, реформа банковской системы и защита основ социальной безопасности. Всемирный банк, Европейская программа ТАСИС, большинство доноров, работающих на двусторонней основе, и главные международные неправительственные организации придерживаются твердого курса на смягчение отрицательных последствий переходного периода в социальной сфере и усиление институтов социального сектора, чтобы они могли адекватно реагировать на меняющиеся потребности населения, и особенно его бедных слоев, маргинальных и наиболее уязвимых групп. В этой связи нельзя не отметить особое внимание, которое уделяется развитию гражданского общества, судебной реформе и защите прав граждан, включая борьбу с коррупцией.

Поддержка здравоохранения – статус-кво. Донорские вложения в здравоохранение на самом деле не столь велики и за последние годы составили не более двух процентов от всей оказываемой России помощи, или 20 млн. долл. США в 1998 году и 36 млн. долл. США в 1999 году. Эти показатели составляют 1,2 и 3,1% соответственно от всех расходов на здравоохранение.

Помощь, оказываемая в других сферах социального сектора, также прямо или опосредованно влияет на систему здравоохранения в целом, положительно сказываясь на ее состоянии. Сюда можно отнести защиту социальных гарантий для облегчения положения бедных слоев населения, поддержку образования, повышение эффективности работы государственных административных учреждений, обеспечение безопасности инфраструктуры и энергетической эффективности (рис. 1). Очень важной является помощь со стороны организаций, действующих под эгидой ООН, среди них МОТ, МОМ, ЮНЭЙДС, ПРООН, ЮНЕСКО, ЮНФПА, УВКБ ООН, ЮНИСЕФ, УНП ООН, а также со стороны множества международных неправительственных организаций, прямо или косвенно вовлеченных в оказание помощи системе российского здравоохранения и вклад которых, как правило, не включается в официальную статистику. Что касается помощи, обусловленной чрезвычайными обстоятельствами, необходимо отметить, что ее размеры значительно

1



ПОМОЩЬ РОССИИ НА ДВУСТОРОННЕЙ ОСНОВЕ ПО СЕКТОРАМ (2000–2001 годы, в процентах)

выросли после 1999 года в связи с вооруженным конфликтом на Северном Кавказе. В 2000 году размеры внешней помощи только этому региону составили 61,1 млн. долл. США, а в 2001 году – 71,6 млн. долл. США.

В широком смысле финансовое и техническое содействие России в сфере здравоохранения можно определить как контроль за заболеваемостью и развитие системы здравоохранения. В последнее десятилетие главную роль здесь играют Всемирный банк, ТАСИС/ЕС, СИДА/Канада, Департамент международного развития (ДМР) посольства Великобритании, Агентство международного развития (АМР) США. Как раньше, так и в настоящее время основное оказываемое в этой сфере содействие заключается в большей степени во внедрении новых механизмов финансирования и схем платежей, а также в реструктуризации работы учреждений здравоохранения, которая имеет целью рационализировать больничный сектор, укрепить первичную медико-санитарную помощь и повысить качество базового здравоохранения. Здесь главный упор делается на улучшение медицинского обслуживания, терапевтической помощи и повышение эффективности деятельности органов управления и руководства.

Кроме того, Всемирный банк выдал самую большую в своей истории ссуду на приобретение медицинского оборудования в размере 270 млн. долл., с целью повысить доступность и качество медицинского обслуживания и поддержать тенденцию на децентрализацию капиталовложений. В рамках этого проекта Россия стала пытаться решать свои проблемы в сфере здравоохранения самостоятельно. Производятся вложения также и в фармацевтический сектор, где основное внимание уделяется отраслевой политике и рациональному использованию лекарственных препаратов. Здесь ведущие позиции занимают ДМР посольства Великобритании и АМР/США, которые также сотрудничают с федеральными и региональными законодательными и исполнительными органами по юридическим вопросам и проблемам регулирования процесса.

Международное сообщество очень тесно сотрудничает с национальными институтами в борьбе с инфек-



ционными заболеваниями, и особенно с туберкулезом, ВИЧ/СПИДом, а также заболеваниями, которые передаются половым путем (ЗППП). Здесь существуют как совместные, так и индивидуальные проекты, реализуемые силами таких стран и организаций, как ДМР посольства Великобритании, Нидерланды, Финляндия, СИДА/Швеция, НОРАД/Норвегия, Итальянское сотрудничество, АМР США, МОТ, МОМ, ЮНЭЙДС, Совет Европы, Всемирный банк, Международная Федерация Красного Креста и Красного Полумесяца и «Врачи без границ»/Бельгия. В деле оздоровления нации самым значимым фактором, безусловно, является укрепление здоровья и здоровый образ жизни, однако в этой области отмечен весьма незначительный прогресс. Исключением можно назвать проект профилактического здравоохранения (в 1997–1999 годах), осуществленный в рамках программы ТАСИС/ЕС, который был направлен на формирование, разработку и широкое претворение в жизнь политики здравоохранения. В течение 2001–2003 годов целью программы ТАСИС стало тиражирование успешного проекта по улучшению здравоохранения в Северо-Западном регионе России. В 2002–2003 годах Европейский союз начал реализацию трех важных программ, каждая из которых оценивалась в 2–3 млн. долл. США:

- первичная медико-санитарная помощь;
- укрепление здоровья в школах;
- профилактика заболеваемости ВИЧ/СПИДом в тюрьмах. Секторы охраны материнства и детства и репродуктивного здоровья получали поддержку через относительно небольшие проекты ЮНФПА, ЮНИСЕФ, Всемирного банка, СИДА, ДМР посольства Великобритании, Итальянское сотрудничество и АМР США.

Началась активизация работы, направленной против ВИЧ/СПИДа и туберкулеза. Заем Всемирного банка на сумму 150 млн. долл. США для программы борьбы с туберкулезом и ВИЧ/СПИДом был подписан в 2003 году и вступит в силу в 2004 году. Агентство СИДА/Канада приступило к выполнению крупной программы борьбы с ВИЧ/СПИДом в нескольких регионах. ДМР посольства Великобритании также скорректировал свою стратегическую программу в пользу борьбы с ВИЧ/СПИДом. Однако это имеет и свою отрицательную сторону, поскольку означает, что пострадает часть программ, нацеленных на борьбу с туберкулезом. Такое положение повлияет и на программы, осуществляемые ВОЗ в России, так как значительная их часть финансируется этими организациями.

Необходимо отметить, что иностранные партнеры помогают также российским неправительственным организациям в деле формирования навыков управления и руководства. Это делается путем прямой поддержки таких организаций (примером здесь могут служить

канадское агентство СИДА, оказывающее помощь Российской ассоциации общественного здравоохранения, и ДМР посольства Великобритании, поддерживающее Российскую ассоциацию планирования семьи) или посредством тесного сотрудничества с неправительственными организациями в ходе выполнения программы, когда знания и навыки передаются в процессе совместной работы. Так действует на территории России Институт Открытого Общества¹ при Фонде Сороса, работающий с тридцатью российскими неправительственными организациями (НПО), и те международными агентствами, которые совместно с местными неправительственными организациями заняты проблемами вынужденных переселенцев из Чечни.

До апреля 2003 года Россия официально считала себя донором Глобального фонда по борьбе с ВИЧ/ СПИДом, туберкулезом и малярией. Затем ситуация изменилась, и неожиданно Россия захотела учредить орган под названием Национальный координационный механизм, который необходим для управления процессом. В октябре 2003 года Глобальный фонд объявил, что по предложению, поступившему от Ассоциации неправительственных организаций, на борьбу с ВИЧ/СПИДом было выделено 31,6 млн. долл. на ближайшие два года и 88,7 млн. долл. на пять лет. Кроме того, по заявке, поступившей от исправительных учреждений в Томской области, они имеют шанс получить на борьбу с туберкулезом и ВИЧ-инфекцией около 6,3 млн. долл. на два года и 10,8 млн. долл. на пять лет при условии, что их программа немного подкорректируется.

Поддержка здравоохранения – вопросы и проблемы. В большинстве случаев помощь оказывалась и оказывается по классическому образцу через большое количество программ разного масштаба на региональном, а некоторые – на федеральном уровне. Программы, как правило, не были скоординированы между собой, отсутствовала также должная координация между региональными программами и Министерством здравоохранения. Иной раз программы выполнялись на основе прямых договоренностей между донором и региональными или местными властями, и тогда о целях и задачах этих программ на федеральном уровне знали очень немного, а иногда и вовсе не подозревали. Более того, по мнению федерального Министерства здравоохранения, многие из этих проектов не просто выпали из контекста национальных интересов, а вошли в острое противоречие с национальной политикой и стратегией в той или иной области.

Многие доноры отдают предпочтение программам регионального и местного значения, и такая тенденция прослеживается во всех секторах, не только в сфере здравоохранения. Объяснение состоит в том, что так гораздо легче достичь хороших результатов при наличии ограни-

¹ В 2001 году он был преобразован в самостоятельную российскую неправительственную организацию под названием «Открытый институт здоровья».



ченных ресурсов, которые могут просто раствориться в такой огромной стране, как Россия, да и бюрократических препон выполнению программы меньше. Кроме того, имеет место и желание вознаградить региональные органы управления, которые более других нацелены на реформы и на своем примере показывают необходимость и реальность проведения реформ. Однако это может привести к высокой концентрации донорских проектов в одних регионах за счет других.

Итак, можно сделать следующий вывод: хотя для пилотных районов выгода от выполнения подобных проектов не оспаривается и были достигнуты хорошие положительные результаты, все же они имели очень малое влияние на политику федерального уровня и очень редко положительный опыт переносился на другие регионы России. И даже в регионах проведения программ достигнутые результаты часто постепенно сходили на нет и эффективная работа учреждений здравоохранения редко оставалась на должном уровне длительное время.

Стабильность и возможность использования результатов являются ключевой проблемой, для решения которой требуется строгое и неукоснительное следование рекомендациям, которые, в свою очередь, должны быть практически выполнимы. В России теперь хорошо знают «как это делается» на Западе. В нынешней ситуации ей нужнее помощь в разработке специфических решений, которые работали бы на российской почве, и нужнее знать, как выйти на эти решения и как их выполнять, чем зависеть от доноров. Пилотные проекты также должны содержать по определению Министерства здравоохранения Российской Федерации «федеральный компонент» с отработанным четким механизмом обеспечения обратной связи, распространения и применения полученных уроков.

Представляется вполне естественным, что Министерство здравоохранения должно возглавить эту работу, однако у него нет достаточного потенциала для осуществления четкой координации всех международных поступлений, сведения воедино, согласования, отработки и претворения ее в жизнь в более масштабном виде. Вот почему все доноры и само Министерство здравоохранения обратились за технической поддержкой в ВОЗ, чтобы эта организация совместно с министерством, а также международными и национальными партнерами провела оценку результатов многочисленных пилотных проектов и определила возможность их применения в других регионах страны, а также при разработке политики.

Таким образом, еще одним важным вопросом стало усиление роли Министерства здравоохранения в деле координации донорской помощи. До весны 1999 года в России не существовало координации и обмена информацией между международными партнерами и Министерство здравоохранения владело крайне ограниченной информацией о размерах международной помощи в сфере здравоохранения, особенно оказываемой неправительственными организациями.

За последние четыре года, с тех пор как офис ВОЗ в Москве организовал межведомственную группу

по координации помощи в области здравоохранения, поступающей из разных источников, ситуация значительно изменилась. Эта группа, в которой ВОЗ является своего рода секретариатом, выполняет функцию сбора и распространения информации о текущих и планируемых проектах, чтобы избежать их дублирования и обеспечить лучшее понимание ключевых проблем и использовать полученные уроки. ВОЗ содействует Министерству здравоохранения в улучшении базы данных о всей международной и конкретной помощи, оказываемой России в сфере здравоохранения, путем создания механизма по сбору, классификации информации и содержания базы данных о текущих проектах, а также помогая министерству координировать эту помощь.

Однако и здесь еще предстоит многое сделать. ВОЗ помогает Министерству здравоохранения запустить соответствующие механизмы на местах и заставить их действовать, выступая в большей степени в качестве «катализатора» процесса и нейтрального посредника в политике и технических обсуждениях и обеспечивая министерство и доноров необходимой информацией. Одним из наиболее действенных способов улучшить координирование и углубить взаимопонимание между всеми вовлеченными в процесс сторонами является создание таких же донорских рабочих групп в главных областях, как, например, в программе борьбы с туберкулезом и ВИЧ/СПИДом (с августа 2003 года предложение находится в стадии подготовки). Еще по крайней мере две такие группы – по проблемам систем здравоохранения и формирования нового здорового поколения – ВОЗ предполагает создать в тесном сотрудничестве с Правительством и внедрить их непосредственно в национальные институты.

Таким образом, настоящее международное сотрудничество в сфере здравоохранения может рассматриваться как плодородная почва для выработки более полной и последовательной политики, которая поможет достичь поставленных целей эффективнее, чем это происходит сейчас, иногда путем специальных вмешательств. Добиться быстрых положительных результатов, принимая во внимание окружающую обстановку, в России сложно. Это огромная страна с множеством проблем, с давними и сильными научными и технологическими традициями, нередко с консервативным взглядом на процессы развития общества.

Добиться широкого и тесного сотрудничества со всеми ключевыми национальными фигурами как внутри, так и вне Правительства очень важно и крайне трудно для международного сообщества, необходимо достичь планируемой эффективности программ технической помощи по оздоровлению населения и создания систем здравоохранения, отвечающих меняющимся потребностям населения.

Другие формы международного сотрудничества. Россия старается поддерживать сотрудничество в сфере здравоохранения, базового медицинского обеспечения и медицины в рамках межправительственных соглашений с 25 странами. Некоторые из этих соглашений содержат элементы оказания России технической помощи, од-



нако большинство имеют целью научное сотрудничество и обмен информацией в таких приоритетных областях, как сердечно-сосудистые заболевания, рак, диабет, артрит, офтальмология, гигиена окружающей среды.

Всего несколько стран – Австрия, Бельгия, Германия и Индия – продолжают работать с Минздравом России в рамках старых соглашений, подписанных еще с СССР. Соглашения с другими странами были пересмотрены и заключены новые. Сейчас наиболее активно и систематически Россия сотрудничает с Францией, Японией и США. Сотрудничество с другими странами, с которыми Россия подписала соглашения, осуществляется в основном нерегулярно вследствие недостаточности финансирования международного сотрудничества из федерального бюджета.

Новые формы международного сотрудничества возникают на региональном уровне. Примером может служить соглашение о сотрудничестве с Советом стран Баренцева моря/Арктического региона с участием пяти скандинавских стран и Северо-Западного региона России, которые стремятся вместе решить проблемы здравоохранения и потребностей в медицинском обслуживании населения европейской части Крайнего Севера. Начатая в 1999 году программа контроля инфекционных заболеваний в регионе Балтийского моря охватывает все страны вокруг него, а также Норвегию и Исландию. Значение этой программы для Северо-Западного региона России трудно переоценить.

Важной составляющей международного сотрудничества является для России ее взаимодействие с Содружеством Независимых Государств (СНГ) в рамках постоянно действующего Совета СНГ по сотрудничеству в сфере здравоохранения и Исполнительного секретариата СНГ, а также на основе двусторонних соглашений. Кроме разнообразных взаимобмен, совместного пользования информацией и совместных проектов, это сотрудничество охватывает еще целый ряд юридических вопросов и соглашений в следующих областях: контроль качества лекарственных препаратов, взаимное признание дипломов и сотрудничество в сфере медицинского образования, медицинское страхование, равные права на получение медицинской помощи на территории СНГ, контроль инфекционных заболеваний и эпидемий, включая ВИЧ/СПИД и туберкулез, политика в отношении питания и курения, а также готовность и реагирование при чрезвычайных ситуациях.

Новая программа в сфере здравоохранения и социального обеспечения под названием «Северное изменение» была начата в северо-западной части России и странах Балтии в 2002 году. Движущими силами этого проекта стали северные государства – члены Европейского союза (Финляндия и Швеция) и Норвегия. Эта группа стран, включая Россию, которая также участвует в проекте, выработала и представила на рассмотрение совещания высокого уровня в октябре 2003 года окончательный рабочий план. Теперь только время покажет, насколько важной была эта инициатива.

Теперь Россия уже не играет роли страны-донора, какую прежде играл СССР для более 40 развивающихся

стран, в основном за счет сдачи «под ключ» строительных объектов медицинского назначения и предоставления специалистов. В настоящее время достаточно большое число российских врачей работает только в Тунисе и Йемене в рамках межправительственных соглашений. Потеря статуса донора, без сомнения, вызывает сожаление, а возвращение его представляется весьма отдаленной перспективой. Однако сейчас стали появляться новые признаки возвращения к старой роли. В июне 2003 года Россия взяла на себя обязательство и выплатила ВОЗ 4 млн. долл. США в качестве добровольного пожертвования на Глобальную программу повсеместного искоренения полиомиелита. Кроме того, Россия заявила (по данным на август 2003 года, еще не выплатила) о благотворительном взносе в размере 20 млн. долл. США в Глобальный фонд борьбы с ВИЧ/СПИДом, туберкулезом и малярией.

ВОЗ: текущая программа работы. Российская Федерация, будучи самой крупной по территории частью бывшего Советского Союза, с момента образования ВОЗ в 1948 году стала государством-членом этой организации. Российские ученые и специалисты играли важную роль на всех уровнях – от исполнительного руководства до проведения технической оценки выполнения программ и пр. Кроме того, российские специалисты участвовали в обеспечении широкомасштабной помощи в сфере здравоохранения на двусторонней основе, финансирование которой осуществлял Советский Союз, и поэтому их сотрудничество с ВОЗ в развивающихся странах было весьма широким. Примером самых крупных программ сотрудничества того времени может служить разработка пероральной вакцины против полиомиелита, проведение в Москве ежегодных курсов повышения квалификации в сфере общественного здравоохранения и проведенная в 1978 году в Алма-Ате конференция по проблемам первичной медико-санитарной помощи. В 1991 году произошел распад Советского Союза, и Российская Федерация стала государством-членом ВОЗ в собственном качестве. В связи с экономическими трудностями размер членского взноса и, соответственно, количество российских представителей в секретариате ВОЗ уменьшились. Кроме того, в результате жесткого сокращения федерального бюджета и изменений политического устройства Россия из страны, оказывающей помощь, превратилась в страну-получателя помощи.

До 1991 года из организаций системы ООН только МОТ (Международная организация труда), ЮНЕСКО (Организация ООН по вопросам образования, науки и культуры) и ЮНИК (Информационный центр ООН) имели постоянные представительства в Москве. В условиях новой реальности свои офисы в Москве открыли такие агентства ООН, как Международная организация по миграции (МОМ), ЮНЭЙДС, ПРООН, ЮНЕП, ЮНФПА, УВКБ ООН, ЮНИСЕФ, УНП ООН и Всемирный банк. Многие агентства и страны приступили к развитию программ сотрудничества с Россией на двусторонней основе, среди них: ДМР/посольство Великобритании, АМР США, ТАСИС/Европейский союз, СИДА/Канада, Дания, Финляндия, Германия, Нидерланды, Норвегия, Швеция, Итальянское сотрудничество и др. Проявили активность и международные неправительственные ор-



ганизации, например: Институт Открытого Общества/Фонд Сороса, «Врачи без границ», Мерлин/Великобритания, проект «Надежда» и др. Российский Красный Крест и Международная Федерация Красного Креста расширили свою деятельность в гуманитарном и общественно-попечительском секторах. Из-за наличия большого числа участников процесса отслеживания финансовых потоков и проблем в этом деле отсутствует четкое представление о размерах помощи России. По данным ОЕСД/ДАС, размер общей ежегодной помощи России составляет около 1,1 млрд. долл. (по данным ОЕСД/ДАС по РФ), из которых около 4% приходится на здравоохранение и 44% – на социальный сектор (по данным ОЕСД/ДАС по РФ).

До 1991 года ВОЗ сотрудничала с Российской Федерацией (Советский Союз) так же, как сотрудничает сейчас с Европейским союзом и другими странами Западной Европы. Это сотрудничество включало в себя:

- назначение сотрудничающих центров ВОЗ и работа с ними в ключевых экспертных областях;
- организацию экспертных семинаров и конференций по насущным проблемам;
- привлечение российских экспертов к работе в научных и других консультативных комитетах;
- перевод литературы ВОЗ на русский язык;
- участие в совещаниях ВОЗ по принятию решений.

После 1991 года стало ясно, что Центральная и Восточная Европа столкнулись с беспрецедентным кризисом в сфере здравоохранения, когда-либо случавшимся в послевоенное время. В России ситуация была крайне тяжелой. Появились забытые дифтерия и малярия (и даже холера), ВИЧ-инфекция, повысились уровни заболеваемости (включая формы туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью) и смертности от туберкулеза, увеличилось использование инъекционных препаратов, резко упали показатели средней продолжительности жизни (в 1999 году этот показатель у мужчин составил менее 60 лет и остается таким на протяжении последних 4 лет). ВОЗ немедленно среагировала на эту ситуацию тем, что выделила забронированную часть бюджетных средств Регионального европейского бюро ВОЗ, чтобы направить их в страны Центральной и Восточной Европы. В целях содействия в реализации выделенных бюджетных средств были открыты специальные офисы ВОЗ во всех государствах СНГ за исключением Российской Федерации, которая сочла эту меру излишней. Бюджет России в рамках двухлетнего соглашения о сотрудничестве составил всего 200 тыс. долл. Например, в 2000–2001 годах эта сумма была распределена по 11 направлениям, т.е. на каждый компонент пришлось не более 18 тыс. долл. А вот в 2002–2003 годах размеры помощи по двухлетнему соглашению о сотрудничестве значительно выросли и составили уже 447 тыс. долл., но одновременно увеличилось и число программ (их стало 21), поэтому средний показатель остался примерно тем же, что и раньше, т.е. около 20 тыс. долл. на каждую программу.

Были найдены и дополнительные ресурсы оказания помощи для реализации программ на территории

Российской Федерации. Их предоставили Европейское региональное бюро ВОЗ и Штаб-квартира ВОЗ за счет добровольных пожертвований. Примером таких программ могут служить: создание информационной сети общественного здравоохранения «EUPHIN-EAST», фармацевтическая программа, программа полного искоренения полиомиелита «MECARAR», политика в области питания, расширенная программа иммунизации «ЕРІ», программа борьбы с заболеваниями, передаваемыми половым путем, программа первичной медико-санитарной помощи, программа укрепления здоровья в школах, управление людскими ресурсами и управление медицинскими технологиями.

Новая эра сотрудничества ВОЗ с Российской Федерацией началась в декабре 1998 года, когда после обмена письмами между Генеральным директором ВОЗ и министром здравоохранения Российской Федерации был учрежден офис Специального представителя генерального директора ВОЗ в России. Эта мера была продиктована экономическим дефолтом августа 1998 года, когда стали очевидны его серьезные последствия в гуманитарной сфере и сфере здравоохранения. Были утверждены цели и задачи офиса представителя генерального директора ВОЗ:

- консолидировать присутствие ВОЗ в России;
- координировать помощь в сфере здравоохранения в рамках технических возможностей ВОЗ;
- оказывать поддержку деятельности официальных российских органов здравоохранения в деле борьбы с туберкулезом, ВИЧ/СПИДом, а также решать проблемы лекарственного обеспечения и т.п.;
- представлять ВОЗ на совещаниях высокого уровня;
- информировать ООН и другие организации, донорские учреждения, финансовые институты и т.д. о необходимости предоставления гуманитарной или другой помощи, связанной со здравоохранением;
- содействовать разработке планов сотрудничества ВОЗ с Российской Федерацией.

В начале 1999 года считалось правильным распределить донорскую помощь по следующим четырем приоритетным направлениям:

- борьба с туберкулезом;
- борьба с заболеваниями, передаваемыми половым путем (ЗППП);
- фармацевтические препараты;
- улучшение условий медицинского обслуживания в тюрьмах (превалирующие здесь заболевания: туберкулез, наркомания, ЗППП, ВИЧ/СПИД).

Для решения этих проблем требовалось 7 млн. долл. США. Благодаря средствам, поступившим на программу борьбы с туберкулезом, ВОЗ смогла быстро и уверенно начать работу в этом направлении, чего нельзя сказать о других программах.

Постоянное присутствие ВОЗ показало, что она стала важным партнером и исполнительным агентством в программе борьбы с туберкулезом для тех, кто намеревался проводить эту работу в России. Уже через 3 года ВОЗ осуществляет проекты по борьбе с туберкулезом в 7 областях и создала Рабочую группу высокого уровня со-



вместно с Советом Европы и Минздравом России. Кроме того, в качестве отдельного компонента программы рассматривается эффективность российского варианта краткого курса лечения туберкулеза под непосредственным наблюдением врача. Важную роль сыграла ВОЗ и в организации получения займа от Всемирного банка в размере 150 млн. долл. США на борьбу с туберкулезом и ВИЧ/СПИДом. Следить за выполнением этого проекта и оценивать его результаты тоже будет ВОЗ. Соглашение о займе было подписано в декабре 2002 года.

Еще одной крупной программой ВОЗ в России является оказание гуманитарной помощи Северному Кавказу. Конфликт в Чечне разразился с новой силой в 1999 году, тогда более 200 тыс. человек были перемещены из Чечни в соседнюю Ингушетию. ООН под руководством УВКБ ООН совместно с организацией ООН по гуманитарным вопросам начали программу гуманитарной помощи в размере 40 млн. долл. США в год. Задача ВОЗ заключалась в координировании оказываемой помощи в сфере здравоохранения, контроле за заболеваемостью, охране материнства и детства (вместе с ЮНИСЕФ), охране репродуктивного здоровья, первичной медико-санитарной помощи и обеспечении реабилитации после минных травм (протезирование). Недавно были начаты программы борьбы с туберкулезом, ВИЧ/СПИДом и ЗППП. Общая финансовая помощь Северному Кавказу составляет более 4 млн. долл. США (только в 2002 году она составила 1,7 млн. долл. США). В Совместном призыве ООН по Чечне и соседним республикам на 2003 год ВОЗ запросила 1,5 млн. долл. США, из которых 1,1 млн. долл. США были получены в течение первого полугодия. Количество вынужденных переселенцев в Ингушетии сократилось, но ситуация в Чечне далека от нормальной и требует более широкого присутствия ООН. Однако фактором, ограничивающим эффективность проводимых там программ, является отсутствие безопасности.

Начиная с 1999 года ВОЗ ввела в практику проведение регулярных ежемесячных межведомственных совещаний, возглавив тем самым агентства ООН и организации, действующие на двусторонней основе, в сфере российского здравоохранения. Эти регулярные координационные совещания высоко оценены и посещаемы всеми заинтересованными международными партнерами. В ноябре 2003 года прошло уже 48-е подобное совещание за время пребывания ВОЗ в Москве. Контакты с Министерством здравоохранения, Российской академией медицинских наук, Государственной Думой, Администрацией Президента, ведущими учреждениями здравоохранения, профессиональными ассоциациями и неправительственными организациями осуществляются на регулярной основе и оцениваются как весьма полезные.

Вопрос открытия координационных офисов ВОЗ в других городах России поднимался часто. Однако финансовая ситуация, существовавшая до 2002 года, не позволяла реализовать эти планы. В 2003 году ВОЗ снова

начала поиск таких возможностей и доноров, чтобы открыть свой офис в Санкт-Петербурге и тем самым охватить своей деятельностью западную часть России (население здесь составляет 14,5 млн. человек).

Вопросы политики и систем здравоохранения слабо разрабатывались ВОЗ в России. Однако с помощью СИДА/Канада в 2003 году был запущен проект по политике и управлению здравоохранением стоимостью 2,2 млн. долл. и рассчитанный на 4 года, нацеленный на выработку этой политики и кураторский надзор за ее исполнением.

Министерство здравоохранения Российской Федерации и Российская академия медицинских наук придают большое значение поддержанию и развитию активного сотрудничества между российскими научными институтами, учреждениями здравоохранения и ВОЗ. Одним из наиболее важных путей участия России в деятельности ВОЗ является работа, проводимая 40 сотрудничающими центрами ВОЗ, представляющими учреждения Минздрава России и Российской академии медицинских наук. Точно сформулированные функции этих центров призывают их прежде всего обеспечивать адекватную поддержку программ и приоритетных направлений деятельности ВОЗ. Кроме того, используя свои возможности и участие в глобальной сети сотрудничающих центров ВОЗ, они призваны содействовать достижению приоритетных целей национального здравоохранения.

Из 40 сотрудничающих центров ВОЗ¹ в России 17 заняты научными проблемами вирусных, бактериальных или протозойных заболеваний (например, в качестве референс-лабораторий); 4 – работаю в области неинфекционных заболеваний; 2 – по системам здравоохранения и реформам; 15 – по медицинским научным и клиническим специальностям; 1 – по работе в чрезвычайных ситуациях и 1 – по медицинской статистике. 30 центров расположены в Москве и ее окрестностях, 5 – в Санкт-Петербурге и 5 – в других городах (Челябинске, Новосибирске, Обнинске, Ставрополе и Уфе).

В декабре 2001 года, проведя оценку деятельности и мандатов сотрудничающих центров ВОЗ в России по инициативе штаб-квартиры ВОЗ, Европейского регионального бюро ВОЗ и офиса Специального представителя генерального директора ВОЗ в России, было проведено совещание директоров всех сотрудничающих центров. Стало ясно, что центры недоиспользуют свои ресурсы, а некоторые вообще отошли от корпоративной политики ВОЗ. В настоящее время проводится пересмотр их прежних функций и поиск новаторских путей возвращения их в русло деятельности, целей и задач ВОЗ. Те центры, которые больше не работают, не будут вновь назначены в качестве сотрудничающих центров ВОЗ, их заменят новые, отвечающие требованиям ВОЗ. Итак, стало очевидно, что подобное совещание необходимо проводить каждые два года.

Начиная с 2001 года число сотрудничающих центров ВОЗ уменьшилось с 53 до 40. Этот факт наглядно

¹ По состоянию на август 2003 года.



иллюстрирует стремление стимулировать деятельность активных центров и закрыть те, которые отошли от тесного взаимодействия с ВОЗ. С другой стороны, для сотрудничества с ВОЗ не требуется формального назначения, процесс которого в некоторых случаях является излишне бюрократичным, сложным и длительным.

Рамки корпоративной политики ВОЗ: глобальная и региональная. Последнее десятилетие стало временем значительных перемен в сфере международного здоровья. Изменилось понимание причин и последствий «больного здравоохранения». Достижение прогресса здесь зависит от многих социальных, экономических, политических и культурных факторов. Более того, улучшение здоровья нации необходимо для снижения уровня нищеты. Системы здравоохранения становятся более сложными. Быстро изменяется роль государства в этой сфере, появляются такие важные действующие силы, как частный сектор и гражданское общество. Одновременно отмечается и значительный рост уровня конфликтов и природных катастроф, высвечивая необходимость защиты здоровья в условиях чрезвычайных ситуаций.

Весь мир стремится к расширению и углублению координации между разными агентствами, делая основной упор на совместную деятельность и партнерство. Для этого требуется сузить бюрократические рамки и разработать динамичные подходы к решению проблем.

В ответ на изменения в мире и странах ВОЗ стремится найти новые пути взаимодействия со странами-членами организации как на индивидуальной основе, так и через руководящие органы. Мы стараемся подходить к проблемам здоровья более широко в контексте человеческого развития и снижения уровня нищеты. Нас просят играть более существенную роль в достижении консенсуса в области политики здоровья, ее стратегий и стандартов. Мы работаем над тем, чтобы запустить более эффективные механизмы развития здоровья путем тщательно согласованного партнерства. И, наконец, мы согласованно стремимся развивать организационную культуру, которая стимулирует стратегическое мышление, креативное взаимодействие, разнообразные нововведения и ответственность.

Чтобы применить новые подходы на практике, ВОЗ наладила тесное взаимодействие с правительствами и другими ключевыми органами по всему миру для разработки национальных стратегий сотрудничества в странах. Это делается в целях определения стратегического плана работы ВОЗ на среднесрочной основе, чтобы понять, что мы должны делать (содержание деятельности) и как это делать (функции и методы работы). Процесс предполагает тщательную оценку проблем и потребностей страны, ознакомление с деятельностью и подходами других действующих в стране агентств, определение собственных корпоративных целей и направлений, а также выявление перспективных партнеров по работе с ВОЗ. Мы также ищем возможности для нового и более эффективного партнерства. Как только Национальная стратегия сотрудничества будет разработана

и одобрена, она станет основным базовым документом для работы в стране с ВОЗ, обеспечивая более правильные и гибкие подходы.

Ключевой характеристикой Национальной стратегии сотрудничества является упор на роль ВОЗ в качестве политического советника, посредника и руководителя. Сознавая, что ВОЗ не может делать все, в ней подчеркивается необходимость избирательности и фокусирования усилий на нескольких ключевых направлениях.

Процесс разработки национальной стратегии сотрудничества включает в себя широкий диалог и консультации со всеми возможными партнерами в стране, а также координацию с другими программами ВОЗ. Мы являемся организацией, основанной на знаниях, которая направляет свои усилия как бы вверх по течению, не игнорируя при этом работы на местах, чтобы не потерять связи с реальностью, которую ни один куратор или политик не может игнорировать.

Миссия ВОЗ в Российской Федерации состоит в том, чтобы улучшить состояние здоровья живущих в ней людей путем четкого определения целей в этой сфере, селективной реализации корпоративной политики ВОЗ, а также путем участия в международном сотрудничестве и его укрепления. Требования населения к здоровью, выявленные на основании очевидных фактов и приоритетов, как раз и будут определять области приложения усилий ВОЗ на ближайшее пятилетие. Деятельность в стране должна быть направлена на независимость, поддержку политики, наращивание естественного потенциала и рациональное использование ограниченных ресурсов. Частью заявленной миссии ВОЗ является также повышение сознания населения в отношении своего здоровья.

ВОЗ пропагандирует тенденцию «Единая ВОЗ». Для такой страны, как Россия, это очень важно. Новая страновая стратегия ВОЗ/ЕВРО «Соответствие обслуживания потребностям» – еще одно направление сотрудничества. Новое двухлетнее соглашение по сотрудничеству было подготовлено на период 2002–2003 годов. Однако отсутствие более четкого стратегического видения ясно показало, что даже при наличии хорошего понимания проблем здравоохранения России, увеличения размеров финансирования (до 447 тыс. долл.) и добровольных пожертвований (до 5–8 млн. долл. в год), а также присутствия в России Специального представителя генерального директора ВОЗ сложно изменить половинчатость подходов к стратегическому мышлению. Таким образом, требуется более ясное и точное стратегическое видение, которое и должна обеспечить Национальная стратегия сотрудничества.

Основными принципами определения приоритетов предлагаемой ВОЗ стратегии в России являются:

- обеспечение долгосрочного видения развития здоровья;
- фокусирование на развитие политики здоровья на национальном и региональном уровнях;
- охват всех групп населения и стремление охватить всю страну;
- уделение особого внимания новому поколению;



- важность соблюдения равной доступности услуг здравоохранения;
- соблюдение принципов справедливости в организации служб здравоохранения;
- необходимость сосредоточения на более уязвимых группах населения;
- гендерные аспекты в здравоохранении;
- значение фактора здоровья в снижении уровня нищеты и связи здоровья с экономикой;
- роль ВОЗ как политического советника и «честного посредника».

Рабочие принципы определения приоритетов предлагаемой ВОЗ стратегии в России:

- отслеживать в тесном взаимодействии с российскими партнерами потенциальные и возникающие проблемы, относящиеся к здоровью населения, факторам риска, ведущим к заболеваниям, и функционированию служб здравоохранения;
- сконцентрироваться на наращивании собственного потенциала и необходимости перехода от донорских пилотных проектов к полной самостоятельности, стабильности и самокупаемости;
- поддерживать руководящие принципы, направленные во избежание расточительства, дублирования и эксплуатации;
- дать возможность профессионалам здравоохранения стать гордыми представителями своей профессии и отвечать мировым стандартам, а гражданам страны стать хорошо информированными и уважающими себя потребителями высококачественного медицинского обслуживания;
- рассматривать само гражданское общество, его участие в процессе и развитие первичной медико-санитарной помощи (контакт первого уровня) как важные инструменты и промежуточные звенья для улучшения здоровья нации и повышения информированности в этой сфере;
- быть более избирательными и сфокусированными на работе с ВОЗ, признавая других партнеров и действующих лиц в сфере здравоохранения и отыскивая возможности расширить и усилить взаимодействие с ними;
- признать, что ВОЗ является лидирующим в мире агентством в сфере общественного здравоохранения, значит, мы уже не одни. На национальном уровне сотрудничество с агентствами системы ООН, международными партнерами, неправительственными организациями и национальными институтами приобретает все большее значение, это особенно актуально для такой большой страны, как Россия. Работа в тесном сотрудничестве с другими агентствами ООН, Всемирным банком и российским Правительством дает надежную основу;
- способствовать тесным связям с Министерством здравоохранения на всех уровнях и корректировать стратегические цели ВОЗ в соответствии с национальными стратегическими целями России.

ГЛАВНЫЕ СОСТАВЛЯЮЩИЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВОЗ В РОССИИ

1. СОТРУДНИЧЕСТВО В ОТНОШЕНИИ ПОЛИТИКИ ЗДОРОВЬЯ: АНАЛИЗ, РЕГУЛИРОВАНИЕ, ЗАЩИТА, ДЕЙСТВИЕ

Основой сотрудничества ВОЗ с Россией является деятельность офиса представителя генерального директора. Офис не только направляет и управляет реализацией программ, но и выполняет функции улучшения координации деятельности международного сообщества, выступая в качестве руководителя и посредника в технических дебатах, участвуя в политическом диалоге, ускоряя и обеспечивая анализ и оценку политических возможностей и разрабатывая стратегии укрепления учреждений здравоохранения. Чтобы исполнять эти функции эффективно, требуется широкий сбор и анализ информации, проведение консультаций с большим количеством партнеров и отстаивание политических позиций на основании национального и международного опыта.

В настоящее время существует ряд механизмов для управления и поддержки деятельности по приоритетным проблемам. Рабочая группа высокого уровня по туберкулезу – это один пример. Другой – Группа ООН по ВИЧ/СПИДу, а в 2003 году был учрежден Национальный консультативный совет по ВИЧ/СПИДу, который объединил большое количество участников. Для двух составляющих деятельности ВОЗ, представленных ниже, также предполагается формирование рабочих групп высокого уровня. В рамках работы по политической координации офис представителя генерального директора ВОЗ будет тесно взаимодействовать с Правительством по организации этих групп и обеспечению их секретариатом. Группы будут действовать в тесной связи с национальными институтами и с помощью ВОЗ и других партнеров будут подготавливать и периодически выпускать аналитические документы и спонсировать семинары по стратегии деятельности.

ВОЗ будет продолжать выполнять функции секретариата для Межведомственной группы сектора здравоохранения и тесно взаимодействовать с Управлением международного сотрудничества Министерства здравоохранения. В настоящее время завязываются разнообразные связи с новыми действующими в этой сфере партнерами – среди них гражданские общественные организации, церковь и частный сектор, – позволяя тем самым рабочим группам рассматривать более широкий спектр точек зрения и потребностей и учитывать их при определении политики.

2. ЗДРАВООХРАНЕНИЕ: ДОСТУПНОСТЬ, КАЧЕСТВО, ФИНАНСИРОВАНИЕ

Хаос в экономике, политике и социальной сфере очень сильно отразился на системе здравоохранения. Реформирование этой системы с целью адаптировать ее к изменяющейся ситуации и меняющимся потребностям населения дает неоднозначные результаты, поскольку является частичным, фрагментарным и ведется в отсутствие единого мышления в этой области и политической поддержки.



Система остается слишком сложной и рассредоточенной, ориентированной в большей степени на лечение и недостаточно финансируемой. Медико-санитарная помощь находится в начальной стадии реализации, а рационализация функционирования больничного сектора минимальна по сравнению с потребностями. Новые механизмы финансирования, включающие обязательное страхование здоровья и схемы оплаты труда провайдеров медицинского обслуживания на поощрительной основе не дали ожидаемых результатов. Навязываемые поборы и неофициальная оплата наличными основных медицинских услуг глубоко внедрились в практику и отрицательно сказались на бедных слоях населения. Клиническая практика зачастую сильно устарела, персонал слишком специализирован, физический капитал изношен и плохо поддерживается, стратегии улучшения качества не применяются. В результате эффективность и качество медицинской помощи, равно как и обещание ее справедливой доступности для всех, серьезно скомпрометированы.

Попытки Правительства повысить эффективность и качество функционирования системы здравоохранения и исправить растущее неравенство поддерживались внешними партнерами посредством многочисленных пилотных проектов. И хотя регионы, где осуществлялись пилотные проекты, как правило, оставались в выигрыше, наработанный опыт редко переносился на другие регионы. ВОЗ будет продолжать работать совместно с Правительством и другими партнерами для сбора всего объема информации по прошлым и настоящим программам оказания помощи России в сфере здравоохранения и анализа методов и результатов их реализации. Будет проведена оценка того, насколько эти состоявшиеся успешные проекты могут быть применимы в других частях России, и разработаны механизмы широкого распространения положительного опыта.

ВОЗ будет содействовать развитию ресурсного фонда для осуществления руководства и финансирования здравоохранения совместно с Минздравом России. Такой подход поможет объединить национальные институты и международных партнеров в деле поддержки научных исследований и разработок, обмена информацией и знаниями, разработки политических вариантов обеспечения политического руководства и консультаций по реализации. Работа будет направляться и поддерживаться группой высокого уровня с широким участием лиц, определяющих политику, и экспертов, а также представителей гражданских общественных организаций.

Особое внимание будет уделено разработке и внедрению в практику эффективных стратегий, обеспечивающих равенство в получении качественного медицинского обслуживания и улучшение работы обслуживающего персонала. Достичь этих целей можно путем рационализации и интеграции медицинского обслуживания, применения новых механизмов финансирования и схемы оплаты труда, внедрения в практику стратегий улучшения качества обслуживания, повышения независимости и ответственности провайдеров медицинского обслуживания, а также путем обеспечения возможностей для принятия лучших инвестиционных решений и эффективного пользования

ресурсами. Эта работа будет тесно связана с другими составляющими стратегии, а именно с качеством контроля инфекционных и неинфекционных болезней и охраны материнства и детства. Сюда же относится и работа по рациональному использованию лекарственных препаратов, поддерживаемая Европейским региональным бюро ВОЗ.

3. НОВОЕ ЗДОРОВОЕ ПОКОЛЕНИЕ И ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ

Ухудшение состояния здоровья населения России – серьезная проблема. Средняя продолжительность жизни мужчин резко уменьшилась, снизился уровень рождаемости, и государство столкнулось с беспрецедентным демографическим кризисом. Эти тенденции в большей степени объясняются нездоровым образом жизни, а именно: широко распространенным курением, злоупотреблением алкоголем и недоброкачественным питанием. Общепринятое пренебрежение факторами риска усугубилось социально-экономическим напряжением и ростом преступности, увеличением числа катастроф, нестабильными условиями для неустойчивой психики и новыми для России опасными пристрастиями, например, наркомания, которая приобрела размеры эпидемии. Эти факторы привели к росту смертности, основными причинами которой являются сердечно-сосудистые заболевания, травмы, отравления и злокачественные новообразования.

Очень большую тревогу вызывает устойчивый рост злоупотребления наркотическими средствами среди подростков и молодежи. За период с 1988 по 1999 год показатели выросли в десять раз. Самые высокие показатели ВИЧ-инфицирования отмечены в группе молодежи от 17 до 23 лет. Драматическая экспансия коммерческих сексуальных услуг, сопровождаемых, как правило, небезопасным поведением, привела к тому, что молодое сексуально активное население страны все чаще подвергается опасности заражения ВИЧ/СПИДом. В этом контексте ошеломляющим фактом является рост числа зараженных заболеваниями, передающимися половым путем (ЗППП), детей – в 65 раз и подростков – в 30 раз. Защита физического и психического здоровья детей, подростков и молодежи является наиважнейшей проблемой.

ВОЗ особо будет поддерживать разработку политики и стратегий в отношении именно этих возрастных групп. Здесь внимание будет уделяться следующим проблемам: злоупотребление алкоголем; курение; употребление наркотических средств; получение травм в результате насилия и дорожных происшествий; беременность несовершеннолетних и связанное с ней прерывание и, как следствие, осложнения; роды и уход за новорожденными; проблемы психического здоровья, а именно депрессия и суициды, для которых благодатной почвой является социальная и экономическая нестабильность. Кроме того, более широко будут контролироваться неинфекционные заболевания во всех возрастных группах.

ВОЗ будет взаимодействовать с национальными исполнительными и законодательными органами, коммерческими и некоммерческими организациями, тюрьмами, детскими домами, церковью, неправительственными организациями и другими представителями



гражданского общества. Важное значение здесь имеет вовлечение в работу сектора образования. Главный упор будет сделан на коммуникационные стратегии, нацеленные на молодое поколение и на оказание помощи там, где это нужно. Помощь организациям в виде разработки и опробования новых подходов и отслеживания тенденций подчеркивает необходимость наращивать собственные возможности, расширять обмен информацией и опытом с другими странами, где разрабатываются и применяются на практике новые стратегии решения проблем в сфере здоровья нового поколения.

Как и в случае с другими составляющими деятельности ВОЗ, эта группа высокого уровня будет поддерживать и направлять работу в данной приоритетной сфере.

4. ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ И ПАРТНЕРСТВО В БОРЬБЕ С ИНФЕКЦИОННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Новое появление и быстрое распространение инфекционных заболеваний, включая прежде всего туберкулез, ЗППП и гепатит, а также возникновение таких новых заболеваний, как ВИЧ/СПИД, создали острую ситуацию, требующую срочного вмешательства. Количество новых случаев заболевания туберкулезом увеличилось в 2,5 раза с 1990 года и составило в 2001 году 132 тыс. человек (что составляет 90,0 человека на 100 тыс.). В настоящее время в списке ВОЗ Россия занимает 11-е место в мире среди стран с наибольшим распространением туберкулеза. Ситуация в российских тюрьмах заставляет бить тревогу, поскольку здесь заболеваемость в 40–100 раз превышает показатели по гражданскому населению. Ситуация осложняется тем, что в России очень большое количество заключенных (более миллиона человек).

Число таких ЗППП, как сифилис (187/100 тыс.), гонорея (119/100 тыс.) и негонококковый уретрит, достигло размеров эпидемии, особенно сильно увеличившись в последнее десятилетие. В настоящее время ВИЧ в России главным образом распространяется через инъекцию наркотиков. Установлено, что 80% всех инфицированных заразились именно таким путем. Количество официально зарегистрированных ВИЧ-инфицированных увеличилось с 20 тыс. в 1999 году до более 250 тыс. в конце 2003 года, выведя эти темпы распространения ВИЧ на первое место в мире. Однако реальные показатели заболеваемости в 4–5 раз превышают официальные данные. Большое число наркоманов (около 6,5 млн.) в совокупности с показателями ЗППП делают ситуацию очень тревожной, поскольку сильно повышается риск распространения эпидемии ВИЧ гетеросексуальным путем.

Заболеваемость гепатитом В и С в России внушает все большую тревогу. Успешно бороться с этим заболеванием (как с корью среди детей) можно путем вакцинации. Искоренение полиомиелита было достигнуто вместе с остальной частью Европейского региона к июлю 2002 года, однако последствия этого заболевания еще не преодолены.

Компонент взаимодействия и партнерства в борьбе с инфекционными заболеваниями покрывает всю вышеперечисленную работу по внезапно возникающим проблемам здравоохранения. Что касается туберкулеза, ВОЗ намерена и дальше проводить через Рабочую группу вы-

сокого уровня гибкую политику контроля этого заболевания, улучшать подготовку медперсонала, расширять и укреплять сеть лабораторий, установить контроль качества действия лабораторий, работать на улучшение результатов лечения, а также обеспечивать лекарственными препаратами и распределять их. Для ВОЗ необходимо продолжать анализировать существующие и альтернативные методы борьбы с туберкулезом и адаптировать их к российским условиям. Консультации по законодательству в этой сфере имеют такое же важное значение, как и учреждение Межведомственного координационного комитета для обеспечения информационного обмена по подтвержденным результатам экономически эффективных стратегий между партнерами. Мониторинг полного лечения туберкулеза будет усилен. ВОЗ будет продолжать обеспечивать техническую поддержку Правительству в рамках программы по мере поступления финансирования. Предполагается постепенный переход от прямой поддержки к мониторингу и обмену информацией по мере развития программы.

Ухудшению ситуации в сфере здравоохранения, вызванному ВИЧ/СПИДом, необходимости профилактики и лечения этого заболевания следует уделить максимум внимания и как можно скорее. Национальным руководящим органам необходимо посоветовать ввести в широкую практику профилактические программы; организовать легко доступные лечебные клиники, специализирующиеся на ЗППП; улучшить надзор; повысить общественную осведомленность; выработать протоколы лечения; пересмотреть экономическую эффективность лечения СПИДа; рекомендовать провайдером оказания первичной медико-санитарной помощи сосредоточить основное внимание на тех, кто находится в зоне повышенного риска заболеть СПИДом, а именно наркоманах, лицах, занимающихся проституцией, заключенных; и работать во взаимосвязи со всеми организациями и партнерами, занимающимися теми же проблемами.

Новая глобальная инициатива, известная как проект «3 к 5», состоит в том, что ВОЗ и все организации ООН берут на себя обязательства к концу 2005 года охватить и обеспечить медикаментозное лечение 3 миллионам ВИЧ-инфицированных во всем мире, которые могут рассчитывать на благоприятный исход лечения путем антиретровирусной терапии. Это очень серьезное обязательство, даже несмотря на то, что только 50% больных смогут получить такую помощь. В России, как и в Африке, только около 1% больных с благоприятным прогнозом лечения получают в настоящее время адекватную медицинскую помощь. Это огромная проблема, решить которую можно только совместными усилиями при строгом и последовательном соблюдении политики в этой сфере.

Работа по искоренению полиомиелита, а также снижению заболеваемости гепатитом и корью будет, как и прежде, проводиться техническими структурными подразделениями штаб-квартиры ВОЗ и Европейского регионального бюро в рамках глобальных и региональных программ. Контроль, мониторинг и системы раннего предупреждения будут поддерживаться путем обеспечения информацией о новых улучшенных методиках лечения, а также путем обмена опытом с другими стра-



нами. Сеть лечебных учреждений, которые получили помощь и поддерживались в рамках борьбы с полиомиелитом, будет развиваться и дальше, чтобы стать базой для расширения работы по контролю за заболеваниями. Специальная техническая помощь будет оказываться при выявлении любой возникающей угрозы распространения инфекционных заболеваний.

5. ЧРЕЗВЫЧАЙНАЯ И ГУМАНИТАРНАЯ ПОМОЩЬ НА СЕВЕРНОМ КАВКАЗЕ

Хотя с середины 2000 года в этом районе не проводилось каких-либо широкомасштабных военных действий, деятельность многочисленных групп боевиков и ответные операции федеральных сил по зачистке препятствовали возвращению к нормальной жизни как жителей этого региона, так и внутренне перемещенных лиц. В 2000 году насчитывалось более 300 тыс. внутренних переселенцев, половина которых находилась на территории соседней Ингушетии в условиях постоянного стресса и плохой санитарии. С этого времени количество внутренних переселенцев в Ингушетии уменьшилось примерно до 60 тыс. человек, но одновременно растет их количество в центрах временного размещения на территории самой Чечни. Такое положение вещей ухудшает ситуацию, поскольку поддержка центров временного размещения в Чечне со стороны федерального Правительства является недостаточной, а оказание помощи внутренним переселенцам гуманитарными организациями, включая агентства ООН, осложнено чрезвычайно трудным доступом к ним и опасными условиями работы, связанными с постоянным страхом похищения.

Реализация предложенных проектов восстановления разрушенной системы здравоохранения Чечни в этой ситуации также затруднена. С другой стороны, система здравоохранения Ингушетии, которая сейчас работает на пределе своих сил и возможностей, получила значительную международную поддержку, которая во многом содействовала обеспечению медицинской помощи перемещенному населению.

Стратегия ВОЗ на Северном Кавказе будет развиваться в двух направлениях:

- во-первых, как только будет создана база в Чечне, будут предприняты усилия по оказанию чрезвычайной помощи, аналогично тому, как это было сделано в Ингушетии. Имеется

в виду обеспечение непрерывного тесного сотрудничества, а в некоторых случаях и заключение контрактов с партнерскими неправительственными организациями, сбор информации и обеспечение руководства по приоритетным вопросам охраны здоровья, поддержка и помощь в общем подходе к медико-санитарной помощи. Потребуется тесная координация действий с Министерством здравоохранения как на местном, так и на федеральном уровне, поскольку федеральное Правительство выделило значительные средства для восстановления социального сектора в Чечне;

– во-вторых, помощь в Ингушетии будет сфокусирована на создании внутреннего организационного потенциала, который сделает возможным переход от чрезвычайного положения к фазе развития, при этом основное внимание будет уделено вопросам управления системой здравоохранения и качества оказываемой помощи.

Особенно важно то, что ВОЗ будет продолжать работу по усилению эпидемиологического надзора, борьбе с туберкулезом, профилактике ВИЧ/СПИДа и ЗППП, психо-социальной реабилитации и улучшению медико-санитарной помощи как внутренним переселенцам, так и местному населению. Текущая работа ВОЗ, которая в равной степени представляет медико-санитарную помощь внутренним переселенцам и местному населению в Ингушетии, является основой для восстановления и укрепления здравоохранения в Ингушетии и Чечне как только это станет возможным.

ВОЗ также намеревается оказывать помощь Правительству в упрочении внутренних ресурсов для подготовки и ликвидации последствий любых чрезвычайных ситуаций и природных бедствий.

Таким образом, главные составляющие деятельности ВОЗ в России можно наглядно представить в виде цветка, сердцевинкой которого является строгий политический центр с четырьмя лепестками вокруг него. Этот «цветок» питается от российского здравоохранения и целей его развития, корпоративной политики ВОЗ и международного сотрудничества.

Как и реальное растение, «цветок» должен держаться на здоровых развивающихся корнях.

РОССИЙСКИЙ ФАРМРЫНОК СТАНОВИТСЯ БОЛЕЕ ЦИВИЛИЗОВАННЫМ И ПРЕДСКАЗУЕМЫМ

ИСПОЛНИТЕЛЬНЫЙ
ДИРЕКТОР АИРМ
Роберт Розен



Ассоциация международных фармацевтических производителей (АИРМ) была создана в России в 1994 году. В ее состав входит 49 ведущих зарубежных компаний – производителей оригинальных фармацевтических препаратов и медицинского оборудования. Первоначально организация создавалась для защиты профессиональных интересов своих членов на российском рынке, в частности, для создания благоприятных условий для продвижения и продажи их продукции в России. Однако очень скоро в деятельности АИРМ главенствующим стало взаимодействие с российскими органами здравоохранения всех уровней, с законодательными и исполнительными ветвями власти с целью содействия развитию открытого и цивилизованного фармацевтического рынка в России. Расширяется и укрепляется кооперация с российскими профессиональными организациями, в некоторые из которых входят и компании–члены АИРМ.

Имея огромный опыт работы на мировом фармацевтическом рынке, компании–члены Ассоциации готовы оказывать России содействие в развитии сферы лекарственного обеспечения граждан. В условиях перестройки и дальнейшего развития рынка чрезвычайно важен правильный выбор стратегического направления.

Международные компании, работающие в фармбизнесе, могут внести ценный вклад в развитие российской экономики и общества только в том случае, если законодательством созданы равноправные условия для

всех участников рынка, что обеспечит честную и свободную конкуренцию. Нормативная база должна быть простой и понятной и обеспечивать ускоренное прохождение процедур, связанных с регистрацией, импортом, контролем качества и ценообразованием, что будет способствовать скорейшему выведению новых препаратов на рынок и их доступности для населения России.

Не менее важны и законы, защищающие патентованную продукцию от подделок. Таможенная и налоговая практика в отношении импортируемой медицинской продукции не должна ставить Россию в невыгодное положение по сравнению с другими странами. Российский фармрынок нуждается в таком законодательстве, которое способствовало бы притоку инвестиций в производство и развитие новых технологий, в научные и клинические исследования. По опыту других стран такое законодательство предоставляет долгосрочные налоговые каникулы, обеспечивает создание специальных фондов для программ обучения специалистов, гарантирует репатриацию прибыли и беспопытный импорт необходимого оборудования и сырья.

Для дальнейшего эффективного и динамичного развития фармрынка необходимы его либерализация, гармонизация регуляторной политики с международными нормами и правилами, совершенствование таможенного и налогового законодательства.

Считая соблюдение этических норм маркетинга фармацевтической продукции одним из ключевых факторов открытого и справедливого фармрынка, АИРМ разработала и применяет на практике Кодекс маркетинговой практики, соответствующий самым высоким международным стандартам и позволяющий контролировать соблюдение этических норм в маркетинговой практике. Этот опыт также может быть полезен для развития российского фармрынка.

Говоря о лекарственном обеспечении, мы ставим во главу угла качество, безопасность и эффективность лекарственных средств. В связи с этим совершенно очевидно, что в России должна развиваться надежная система

контроля качества лекарственных средств. Все это не только принесет пользу для здоровья населения, но и позволит наиболее рационально использовать ограниченные финансовые ресурсы в области здравоохранения.

АІРМ с большой тревогой отмечает стремительный рост случаев фальсификации лекарственных средств на российском рынке. Без принятия экстренных мер в России могут возникнуть благоприятные условия для незаконного производства контрафактной лекарственной продукции, несущей реальную угрозу здоровью и безопасности населения страны.

Исследование, проведенное АІРМ совместно с Коалицией в защиту прав интеллектуальной собственности (СІРР), показало, что доля фальсифицированных лекарственных средств (ЛС) в России достигает 12%, а ежегодный ущерб, наносимый фармацевтическим компаниям изготовителями подделок, превышает 300 млн. долл. Более половины участников опроса заявили о подделке по меньшей мере одного из производимых ими наименований лекарств.

По оценкам различных организаций, уже до 70–80% оборота ЛС, подпадающих под категорию фальсифицированных, приходится на аптеки и лечебные учреждения в регионах за пределами Москвы и Санкт-Петербурга.

Укрепление рыночных отношений и объединение усилий добросовестных участников фармацевтического рынка ведут к сближению интересов различных его субъектов. И, несмотря на то, что многие проблемы еще не решены, уже сегодня можно говорить о большей организованности и открытости рынка лекарств и медицинского оборудования в России. Различные программы, которые разрабатывались при участии АІРМ и ее членов, начинают приносить свои плоды.

Следует отметить, что сфера производства, маркетинга, дистрибуции и продажи лекарств требует более строгого регулирования, чем любой другой сектор экономики. И в первую очередь, выдавая разрешение на продажу новой продукции, необходимо обеспечить три основных свойства лекарства: безопасность, качество и эффективность. Требования к техническим условиям регистрации продукции должны быть четко определены и совершенно прозрачны и одновременно обладать достаточной гибкостью для того, чтобы учитывать возможность применения альтернативных стандартов и методов в тех случаях, когда это научно обоснованно.

Вместе с тем необходимо избегать таких решений, которые ведут к удорожанию медикаментов, что

отдаляет пациента от достижений современной медицины. Дальнейшая либерализация и прозрачность рынка послужат хорошим стимулом для инвесторов как иностранных, так и российских и в конечном итоге будут способствовать поддержанию доступных цен на лекарства для конечного потребителя.

Хорошо известно, что создание современного лекарственного средства требует огромных финансовых, интеллектуальных и временных затрат. Поэтому интеграционные процессы в отрасли становятся залогом развития медицины в целом. Являясь разработчиками и производителями современных инновационных препаратов, компании-члены АІРМ способствуют обновлению научного и производственного потенциала российской фармацевтической промышленности, обеспечивают доступ медицинского сообщества и всего населения страны к самым современным разработкам в области медицины.

Компании-члены АІРМ заинтересованы в постоянном развитии сотрудничества с российскими медицинскими кругами. Силами членов АІРМ ведется большая работа по созданию и внедрению новых эффективных методов лечения. Благодаря тесному сотрудничеству с научными и лечебными учреждениями и организациями, медицинскими специалистами самого широкого профиля в последние годы значительно облегчились процедуры и сократились сроки внедрения в практику новейших лечебных методов и технологий. Намного короче стал путь новейших лекарств от иностранного производителя до российской аптеки. Кроме того, компании-члены АІРМ безвозмездно передают лекарства и медицинское оборудование лечебным учреждениям России. В первую очередь это касается лекарств для лечения наиболее социально значимых заболеваний.

Либерализация и развитие фармацевтического рынка – очень сложный и многогранный процесс. АІРМ активно поддерживает усилия России по соблюдению международных стандартов в области патентного права, защиты интеллектуальной собственности, непримиримому отношению к обороту фальсифицированных лекарственных средств. Большая работа, которая ведется в России в этом направлении государственными органами, общественными и профессиональными организациями, представителями частного сектора, приближает ее к международным стандартам бизнеса и открывает путь к дальнейшей успешной интеграции в мировую экономику и, в частности, к полноправному членству во Всемирной торговой организации (ВТО).





V

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ КАЗАХСТАНА: АНАЛИЗ, ПРОБЛЕМЫ, ПЕРСПЕКТИВЫ

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ КАЗАХСТАНА:

АНАЛИЗ, ПРОБЛЕМЫ,

ПЕРСПЕКТИВЫ

481

СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ

САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО
БЛАГОПОЛУЧИЯ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

499

СОСТОЯНИЕ СИСТЕМЫ

ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СТОЛИЦЫ КАЗАХСТАНА

513

О СИСТЕМЕ

ЗДРАВООХРАНЕНИЯ АЛМАТЫ

519

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ КАЗАХСТАНА: АНАЛИЗ, ПРОБЛЕМЫ, ПЕРСПЕКТИВЫ



МИНИСТР ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН,
ДОКТОР МЕДИЦИНСКИХ НАУК, ПРОФЕССОР
Жаксылык Акмурзаевич Доскалиев

Статьей 29 Конституции Республики Казахстан определено, что граждане Республики Казахстан имеют право на охрану здоровья, вправе получать бесплатно гарантированный объем медицинской помощи.

Указы Президента Республики Казахстан от 18 мая 1998 года №3956 «О первоочередных мерах по улучшению состояния здоровья граждан Республики Казахстан» и от 16 ноября 1998 года №4153 «О государственной программе «Здоровье народа» послужили началу коренного реформирования системы здравоохранения, направленного на решение глобальных задач, таких, как улучшение здоровья народа и стабилизация демографической ситуации.

Данная программа предполагала разработку и реализацию краткосрочных, среднесрочных и долгосрочных планов мероприятий, способствующих скорейшему выходу здравоохранения на качественно новый уровень предоставления медицинских услуг населению. Основные пути реализации программы были направлены на:

- совершенствование системы управления здравоохранением;
- преобразование системы медицинского обслуживания в многоукладную и многоуровневую;
- изменение системы финансирования и экономических отношений здравоохранения;
- реформирование системы подготовки медицинских кадров;
- укрепление материально-технической базы здравоохранения;
- создание конкурентной среды в оказании медицинских услуг.

В республике за период своего суверенного становления и развития в целом сформирована стройная система здравоохранения, создана социально ориентированная многоукладная медицина. За эти годы здравоохранение республики пережило большие социально-экономические перемены и трудности, связанные с одномоментным запуском комплекса механизмов и рычагов по

модернизации системы управления и финансирования, программному обеспечению борьбы с социально значимыми и представляющими опасность для окружающих заболеваниями.

Благодаря этим мерам в условиях крайне недостаточного финансового обеспечения отрасли удалось в основном сохранить сеть и структуру здравоохранения, обеспечить оказание медицинской помощи населению по всем профилям специальностей.

Медицинскую помощь населению республики оказывают 3352 амбулаторно-поликлинические и 860 больничных организаций.

Функционируют 104 243 больничные койки, обеспеченность ими составляет 70,1 на 10 тыс. населения. В 2002 году на этих койках пролечено 2,4 млн. больных, из которых 61% приходится на городских и 39% – на сельских жителей. Дети от общего числа пролеченных больных составили 21%.

В амбулаторно-поликлинические организации осуществлено 92 млн. посещений пациентов, пролечено в дневных стационарах 177,8 тыс. больных.

В учреждениях здравоохранения работают 53 659 врачей и 113 358 средних медицинских работников, обеспеченность ими составляет 36,1 и 76,3 соответственно.

В стране увеличилась рождаемость, уменьшилась смертность, увеличился естественный прирост населения, уменьшились общая заболеваемость и инвалидизация населения.

В Стратегии развития Республики Казахстан «Казахстан-2030» государство определило одним из основных долгосрочных приоритетов сохранение здоровья и обеспечение благополучия граждан. Разработанная Министерством здравоохранения и одобренная II съездом врачей и провизоров Казахстана «Стратегия основных направлений развития здравоохранения в Республике Казахстан до 2010 года» определила основные задачи и механизмы реализации приоритетов, пути развития системы здравоохранения на предстоящий период.

Основной целью стратегии является создание эффективно действующей системы здравоохранения, обеспечивающей улучшение состояния здоровья населения путем повышения уровня реальной доступности качественной медицинской помощи для широких слоев населения, усиления профилактической направленности мер по поощрению и защите здоровья.

Здоровье населения традиционно определяется такими показателями, как заболеваемость, инвалидность и смертность. Показатели здоровья населения, тенденции его развития достаточно точно отражают уровень экономического развития и благосостояния страны. Здоровье населения, особенно женщин и детей, является одним из самых значительных социальных и экономических потенциалов, богатств республики.

Состояние здоровья народа – не только важный индикатор общественного развития, отражение социально-экономического и гигиенического благополучия страны, но и мощный экономический, трудовой, оборонный и культурный потенциал общества, фактор и компонент благосостояния. В этой связи здравоохранение представляет особую сферу деятельности по обеспечению права граждан на жизнь и здоровье.

Вместе с тем следует признать, что в годы переходного периода в связи с недостаточным финансированием здравоохранения не удавалось обеспечить население полным объемом гарантированной бесплатной медицинской помощи, имело место снижение доступности медицинской помощи в ряде населенных пунктов, в первую очередь среди сельского населения. Оставался низким уровень материального оснащения лечебно-профилактических организаций. Все это привело к ухудшению некоторых показателей состояния здоровья населения. В республике имеет место высокая смертность от сердечно-сосудистых, онкологических заболеваний, болезней органов дыхания. Сохраняется значительный уровень материнской и младенческой смертности, особенно среди сельского населения.

В целях улучшения состояния здоровья народа Казахстана, поддержки системы здравоохранения и пропаганды здорового образа жизни Указом Президента Республики Казахстан Н.А. Назарбаева от 30 декабря 2001 года №751 2002 год был объявлен Годом здоровья. В этой связи Государственной комиссией по проведению Года здоровья были разработаны Программа и План мероприятий, направленные в первую очередь на профилактику и раннее выявление заболеваний. Так, в соответствии с этими документами в 2002 году проведено медицинское обследование в трех отдельных группах населения республики: детей школьного возраста (12–18 лет), сельского населения и воинских контингентов.



Дети в возрасте 12–18 лет характеризуются особо значимыми периодами в психофизиологическом становлении организма и острой необходимостью проведения эффективного оздоровления. В этой связи был проведен профилактический медицинский осмотр 1,69 млн. (99,9%) школьников. Среди них выявлены 54,1% больных, то есть болен каждый второй школьник данного возраста. Каждый шестой подросток страдает заболеваниями органов пищеварения, каждый восьмой – патологией зрения и костно-мышечной системы, каждый десятый – заболеваниями органов дыхания, нервной и эндокринной систем. В 6,3% случаях встречаются заболевания мочеполовой системы, болезни крови и кроветворной системы.

Из 911,1 тыс. больных детей оздоровлено 94%. Все больные дети взяты на диспансерный учет, за ними осуществляется динамическое медицинское наблюдение и проводится плановое оздоровление.

Проведенные диспансеризация и лечение позволили добиться у многих детей улучшения состояния здоровья: снизились частота острых респираторных вирусных заболеваний у 30,8 тыс., частота обострений хронических заболеваний – у 18,5 тыс., улучшились параметры физического и полового развития – у 12,4 тыс., перешли в группу с более высоким уровнем здоровья – 30,2 тыс., сняты с диспансерного учета в связи с выздоровлением 18,3 тыс. детей.

Для оздоровления школьников в летний период работали 271 загородный оздоровительный лагерь, 26 лагерей санаторно-курортного типа и 6777 пришкольных лагерей с охватом более 500 тыс. детей, что значительно превышает показатели прошлых лет.

Выпущена книга «Энциклопедия здоровья для детей», с последующей раздачей школьникам начальных классов. В данной книге большое внимание уделено вопросам укрепления здоровья детей, духовному здоровью, гигиене и питанию, формированию здорового образа жизни. Книга также полезна для родителей и педагогов при обучении детей основам укрепления и сохранения здоровья, написана доступным языком и оформлена красочными рисунками.

Целенаправленное внимание уделяется здоровью сельского населения и укреплению сельского здравоохранения. При этом важнейшей задачей Года здоровья было определено проведение профилактических осмотров сельского населения с последующей диспансеризацией женщин фертильного возраста и детей.

Учитывая, что более 43% населения Казахстана проживает в сельской местности, в кратчайшие сроки разработаны скрининг-программы и специальные карты обследования. В течение 6 месяцев (май–октябрь) проведен медицинский осмотр практически всего сельского населения с охватом 4,2 млн. человек. Из них углубленно обследованы более 40%, среди которых выявлено около 35% хронических больных. При этом вновь взяты на диспансерный учет более 7% из них. Благодаря одновременно проведенному лечению улучшили свое здоровье более 220 тыс. больных. Остальные больные оздоравливаются в плановом порядке.

С 2003 года медицинские осмотры и диспансеризация всего сельского населения будут проводиться ежегодно, соответствующий приказ министерства издан.

В настоящее время идет совершенствование методики исследования с целью ее применения для ежегодной диспансеризации населения республики. Приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 5 мая 2003 года №351 утверждены методические рекомендации «Совершенствование медицинского обследования и динамического наблюдения сельского населения Республики Казахстан в возрасте 18 лет и старше» и «Совершенствование медицинского обследования и динамического наблюдения детей в возрасте от 12 до 18 лет».

В рамках Года здоровья, с марта по май, был проведен медицинский осмотр всего воинского контингента системы Министерства обороны и Министерства внутренних дел Республики Казахстан. При этом среди военнослужащих Министерства внутренних дел Республики Казахстан выявлено 2,9% и Министерства обороны – 13,3% больных, нуждающихся в оздоровительных мероприятиях. Анализ углубленного обследования показал, что у военнослужащих наиболее часто встречаются заболевания органов пищеварения (35,6%), кровообращения (25,6%), дыхания (11,5%), нервной системы (10,7%). Полученные результаты заложены в основу допризывного оздоровления юношей, что позволит реально улучшить здоровье военнослужащих.



Мероприятия Года здоровья позволили улучшить и укрепить материально-техническую базу сельского здравоохранения. На селе введены более 40 новых объектов здравоохранения. Почти 10% из функционирующих объектов ПМСП капитально отремонтированы, в подавляющем большинстве сельских медицинских организаций проведен текущий ремонт.

Из республиканского бюджета капитально отремонтированы 5 республиканских организаций здравоохранения. В рамках бюджетных программ «Централизованный закуп медицинского оборудования и санитарного транспорта», «Централизованный закуп лабораторного оборудования и расходных материалов», «Централизованный закуп медицинского оборудования для онкологических организаций» выделено финансовых средств на общую сумму 1 626 885 тыс. тенге для осуществления закупа современного необходимого медицинского оборудования для всех уровней медицинских организаций республики.

Приняты меры по обеспечению сельских врачебных амбулаторий и участковых больниц, подразделений станции скорой медицинской помощи санитарным автотранспортом за счет местных бюджетов. Кроме того, в целях укрепления материально-технической базы объектов первичной медико-санитарной помощи и станции скорой медицинской помощи за счет средств республиканского бюджета приобретено 80 единиц санитарного автотранспорта, 30 комплектов передвижных цифровых рентгеновских флюорографов на шасси, 4154 комплекта изделий медицинского назначения и 80 единиц холодильных установок для перевозки вакцинных препаратов на базе УАЗ.

В течение последних лет благодаря политической, социальной и экономической стабильности в республике, заботе Главы государства и Правительства Республики Казахстан о здоровье народа отмечается положительная динамика демографических показателей за счет увеличения рождаемости с 14,2 в 1998 году на 1000 человек населения до 15,4 в 2002 году.

Впервые после 1992 года увеличилась численность населения, возросшая в течение 2002 года на 16,5 тыс. и за 9 месяцев 2003 года – 55,6 тыс. человек. В настоящее время в республике сложилась благоприятная ситуация по половозрастному составу населения, в частности, женщины репродуктивного возраста составляют 29,6% от общего числа населения, дети до 18 лет – 34,2%.

Средняя продолжительность жизни в республике составила 65,6 года, у мужчин – 60,3 года, у женщин – 71,2 года.

Вместе с тем динамический анализ с 1991 по 2002 год показал рост уровня заболеваемости по следующим классам: болезни крови, кроветворных органов и нарушения с вовлечением иммунного механизма – в 2,4 раза; эндокринные болезни, расстройства питания и обмена веществ – в 2 раза; новообразования – в 2 раза.

Отрицательное влияние на состояние здоровья населения страны оказывают следующие факторы: снижение уровня жизни большей части населения; ограничение доступа некоторых категорий населения к специализированной, а иногда и первичной медицинской помощи; отсутствие навыков здорового образа жизни у основной части населения; нерациональное, несбалансированное и недостаточное питание; ограниченный доступ к безопасным источникам водоснабжения, особенно в сельской местности; неблагоприятная экологическая ситуация в ряде регионов страны.

Казахстан в эпидемическом отношении традиционно является критическим регионом по распространенности туберкулеза ввиду ряда социально-экономических проблем, недостаточной санитарно-гигиенической культуры населения, низкого уровня его медицинского обследования из-за слабой материально-технической базы здравоохранения.

По уровню заболеваемости и смертности по причине туберкулеза Казахстан занимает одно из первых мест среди стран СНГ. За последние годы заболеваемость туберкулезом возросла в 2,4 раза – с 64,4 в 1991 году до 165,1 на 100 тыс. населения в 2002 году. Однако рост заболеваемости туберкулезом связан не столько с ростом собственно заболеваемости, сколько с улучшением выявляемости туберкулезных больных путем внедрения более эффективного и дешевого бактериоскопического метода диагностики. Показатель выявляемости туберкулеза методом бактериоскопии в 2002 году составил 47,1 на 1000 обследованных лиц (в 2000 году – 34,5; в 1999 году – 26,0).



С 1991 по 1998 год наблюдался рост показателя смертности от туберкулеза с 10,6 до 38,4 на 100 тыс. населения, но с 1999 года впервые за 10 лет отмечается его снижение: к 2002 году – 24,2 на 100 тыс. населения.

В республике активно предпринимаются широкомасштабные меры по борьбе с туберкулезом. С целью усиления противотуберкулезной работы с 1998 года было начато внедрение DOTS-стратегии в Республике Казахстан, рекомендованной ВОЗ. Однако внедрение стратегии имело серьезные негативные результаты, такие, как рост хронических, запущенных форм заболеваний, недостаточное количество случаев абациллирования при проведении коротких курсов стационарного лечения. Приказом центрального уполномоченного органа в области здравоохранения от 18 мая 2001 года №471 DOTS-стратегия с учетом вышеуказанных недостатков была адаптирована к условиям республики, данный приказ был зарегистрирован в Министерстве юстиции и на сегодня является директивным документом в противотуберкулезной службе Казахстана. При этом все элементы DOTS-стратегии выдержаны.

С 1998 года все фтизиатрические организации республики обеспечиваются противотуберкулезными препаратами за счет средств республиканского бюджета. Ежегодно увеличивается финансирование, направленное на укрепление противотуберкулезной службы.

В целях снижения заболеваемости туберкулезом Министерством здравоохранения разработан и в настоящее время согласовывается проект программы «Усиление борьбы с туберкулезом в Республике Казахстан на 2004–2006 годы». Открыты филиалы Национального центра проблем туберкулеза в Западном, Восточном, Южном регионах республики. Проведена аттестация главных врачей противотуберкулезных учреждений. Разработан порядок определения потребности в лекарственных средствах.

Бруцеллез традиционно является серьезной проблемой здравоохранения Казахстана, особенно в животноводческих регионах страны. Социальная значимость этой болезни определяется высокой инвалидизацией заболевших. Несмотря на проводимые мероприятия, заболеваемость за последнее десятилетие выросла на 22,2%. Основной причиной остается контакт с большим сельскохозяйственным скотом и продуктами его переработки.

В целях предупреждения завоза и дальнейшего распространения особо опасных инфекций в страну из стран, неблагополучных по ним, на основных транспортных магистралях, в местах пересечения государственной границы, развернуто 43 санитарно-карантинных и санитарно-контрольных пункта.

С начала 90-х годов в Казахстане, как и в других странах СНГ, отмечается значительный рост заболеваемости инфекциями, передающимися преимущественно половым путем (ИППП).

Так, показатель заболеваемости сифилисом, составлявший 2,1 на 100 тыс. населения в 1991 году, в 1997 году достиг пика – 268,9. Затем, в результате предпринятых действенных мер по профилактике, диагностике и лечению ИППП, наметилась устойчивая тенденция снижения заболеваемости, которая составила в 2002 году 123,2 на 100 тыс. населения.

Другой крайне актуальной медико-социальной проблемой является резкий скачок роста наркомании. За десятилетие показатель заболеваемости наркологическими расстройствами возрос в 7 раз – с 59,6 на 100 тыс. населения в 1991 году до 419,7 в 2002 году.

Крайне неблагоприятная ситуация складывается в области употребления наркотиков подростками. Число подростков, состоящих на учете с диагнозом наркомания, за период с 1991 по 2001 год возросло в 18,8 раза. Среди наркозависимых 20% составляют лица моложе 19 лет и 75% – не достигшие 25-летнего возраста.

Травмы и отравления находятся на втором месте среди смертности населения и на седьмом – в структуре общей заболеваемости. В 2002 году показатель случаев травм и отравлений составил 3976,6 на 100 тыс. населения, сократившись за последние 10 лет на 32%, что, возможно, обусловлено приостановкой работы промышленных предприятий, оптимизацией сети учреждений первичной медико-санитарной помощи и снижением обращаемости населения за медицинской помощью. Сравнительно высокие значения этих показателей отмечаются в индустриально развитых регионах страны.

За последнее десятилетие значительно возрос уровень заболеваемости сердечно-сосудистыми заболеваниями. Данный показатель в сравнении с 1991 годом возрос на 36%, составив в 2002 году 1984,4 на 100 тыс. населения.



Сердечно-сосудистые заболевания находятся на первом месте среди причин смертности населения и представляют собой важнейшую проблему здравоохранения. Ежегодно по этой причине в стране умирает 74–75 тыс. человек, т.е. 200–205 человек в день. В течение 1991–2002 годов уровень смертности по причине сердечно-сосудистых болезней возрос на 35,9%.

Болезни органов дыхания занимают первое место в структуре общей заболеваемости населения. С 1991 по 1997 год складывалась тенденция снижения заболеваемости от 26 859 до 17 140 на 100 тыс. населения. Однако затем начался рост этого показателя, достигшего в 2002 году 21 146 новых случаев на 100 тыс. населения.

В целях дальнейшего улучшения ситуации в здравоохранении Указом Президента от 15 января 2003 года внесены дополнения и изменения в Государственную программу «Здоровье народа», мероприятия которой направлены на реализацию задач среднесрочного периода: охрана здоровья матери и ребенка, уменьшение социально значимых и распространенных заболеваний, охрана окружающей среды, иммунизация, формирование здорового образа жизни, развитие медицинской промышленности и др.

Постановлением Правительства от 14 мая 2001 года №630 утверждена Программа охраны здоровья матери и ребенка на 2001–2005 годы. Во всех областных центрах организованы передвижные женские и детские консультации, организованы выезды областных специалистов в отдаленные населенные пункты для оказания медицинской помощи населению по утвержденному графику. Результатом реализации программы явилось снижение показателей младенческой смертности с 19,6 в 2000 году до 17,4 в 2002 году на 1000 родившихся живыми, материнской смертности с 60,9 в 2000 году до 50,5 в 2002 году на 100 тыс. родившихся живыми.

Постановлением Правительства от 30 июня 2000 года №978 утверждена целевая комплексная Программа «Диабет». В результате реализации данной программы создан регистр больных диабетом, организован централизованный закуп инсулина за счет республиканского бюджета.

Постановлением Правительства Республики Казахстан от 2 мая 1999 года №193 утверждена Программа по профилактике и контролю болезней, передаваемых половым путем. В результате реализации программы снизилась заболеваемость сифилисом на 12,1% (в 2001 году – 140,6, в 2002 году – 123,5 на 100 тыс. населения), гонореей с 89,4 в 2001 году до 86,8 в 2002 году, снизился врожденный сифилис в 1,6 раза, улучшилась выявляемость урогенитальных хламидийных инфекций, улучшилась материально-техническая база кожно-венерологических организаций.

Постановлением Правительства Республики Казахстан от 6 июня 2000 года №1020 утверждена Целевая комплексная программа профилактики и борьбы с травматизмом. Результатом реализации программы явилось создание НИИ травматологии и ортопедии в г. Астане. Усилилась межведомственная работа по предупреждению травматизма.

С целью оптимизации программ мероприятия 2003–2005 годов по названным выше 4 программам внесены в План мероприятий по реализации Государственной программы «Здоровье народа» на 2003–2005 годы.

Централизация государственных закупок лекарственных средств, медицинского оборудования, санитарного и специализированного транспорта позволила обеспечить значительное снижение цен на закупаемые препараты ввиду большой конкуренции и большого объема закупаемых товаров, работ и услуг.

В 2003 году централизованные закупки лекарственных препаратов позволили на 100% обеспечить больных, страдающих сахарным диабетом, лейкемией, злокачественными новообразованиями. Данные меры значительно улучшили прогноз этих заболеваний, выживаемость детей с острым лимфобластным лейкозом, результаты лечения онкологических больных.

В целях повышения качества медицинской помощи населению и рационального использования имеющихся ресурсов разработаны и утверждены Периодические протоколы диагностики и лечения основных нозологий на различных уровнях оказания медицинской помощи, которые после апробации будут внедрены в практику лечебных организаций.

Определен перечень заболеваний, требующих направления на госпитализацию в республиканские клиники для оказания высокоспециализированной медицинской помощи. Разра-



ботана и внедрена статистическая форма направления на лечение в республиканские клиники, которая оформляется территориальными подразделениями Национального центра анализа и оценки качества медицинских услуг в областях, городах Астана и Алматы по решению постоянно действующей комиссии при соответствующих органах здравоохранения, если данное заболевание соответствует указанному выше перечню.

Систематически анализируется качество оказанных медицинских услуг, по выявленным недостаткам принимаются соответствующие меры.

Целенаправленное внимание уделяется оказанию первичной медико-санитарной помощи населению страны, принципами деятельности которой являются профилактическая направленность, гарантированность, бесплатность, доступность и сближение медицинского обслуживания сельского и городского населения.

Первичную медико-санитарную помощь сельскому населению оказывают 634 медицинских работника без содержания отдельного помещения, 4179 фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов, 1274 сельские и семейные врачебные амбулатории, 188 сельских участковых больниц, 177 центральных и районных больниц.

В последние годы оптимизации число сельских лечебно-профилактических организаций сократилось в 3–5 раз, на начало 1999 года 1200 сельских населенных пунктов не имели медицинского работника или медицинской организации. Благодаря проведенным мероприятиям по реализации постановления Правительства от 26 апреля 1999 года №472 «О мерах по улучшению первичной медико-санитарной помощи сельскому населению» эта проблема практически снята. Все сельские населенные пункты сегодня имеют медицинскую организацию или медицинского работника.

Вместе с тем следует отметить, что принцип подушевого финансирования организаций первичной медико-санитарной помощи (ПМСП), имеющих малочисленное прикрепленное население, не покрывает необходимые расходы для оказания медицинской помощи сельскому населению. Фельдшерские пункты, фельдшерско-акушерские пункты, сельские врачебные амбулатории и сельские больницы надо финансировать за готовность оказания медицинской помощи в любое время суток, а не за фактически оказанные услуги. Возмещение затрат сельским больницам за фактически оказанные услуги эффективно при наличии конкурентной среды, которая в настоящее время в сельском здравоохранении отсутствует.

В этой связи в соответствии с поручением Президента Республики Казахстан Н.А. Назарбаева, данном на II съезде врачей и провизоров Республики Казахстан, медицинские организации сельского звена: фельдшерские пункты, фельдшерско-акушерские пункты, сельские врачебные амбулатории, сельские больницы с 2003 года и районные поликлиники – с 2004 года преобразовываются в государственные учреждения.

В соответствии с Посланием Президента народу Казахстана приоритетом в стратегическом курсе Правительства Республики Казахстан на 2003–2005 годы определены проблемы аула. Эти годы объявлены Годом аула. В целях создания нормальных условий жизнеобеспечения села (аула) на основе оптимизации сельского расселения Указом Президента Республики Казахстан от 10 июля 2003 года №1149 утверждена Государственная программа развития сельских территорий Республики Казахстан на 2004–2010 годы.

Программой определено, что основным направлением развития системы здравоохранения в ауле является реальное снижение заболеваемости населения посредством повышения качества и доступности медицинских услуг. Реализация этой задачи предусматривается путем совершенствования финансовых инструментов на рынке медицинских услуг, улучшения обеспечения доступа к медицинским услугам жителей села, активизации мероприятий по пропаганде здорового образа жизни.

За период реализации Программы предусматривается укрепление материально-технической базы и улучшение содержания объектов здравоохранения. За счет средств республиканского инвестиционного проекта будут построены 44 объекта здравоохранения на селе, в том числе 22 районных противотуберкулезных диспансера, 7 ЦРБ и 5 роддомов. За счет средств местных бюджетов будут построены медицинские учреждения в 325 сельских населенных пунктах (СНП), проведены капитальный ремонт и реконструкция объектов здравоохранения в 1774 СНП.



С целью снижения младенческой смертности, заболеваемости детей до года, профилактики и укрепления здоровья детей раннего возраста будет открыто 5 молочных кухонь.

Приоритетными направлениями развития системы здравоохранения в сельской местности также определены:

- обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия сельского населения;
- систематическое повышение квалификации медицинских работников сельского здравоохранения. Повышение уровня социальной защищенности молодых специалистов здравоохранения путем их обеспечения жильем;
- повсеместная пропаганда здорового образа жизни и охрана материнства и детства;
- оказание специализированной медицинской помощи больным туберкулезом.

В центральных районных и областных больницах будут создаваться штатные передвижные врачебные амбулатории для обслуживания населения отдаленных населенных пунктов с малым числом населения.

В целях обеспечения качества и доступности медицинского обслуживания сельского населения в практику сельских медицинских организаций будут внедряться телемедицина и современные технологии диагностики и лечения заболеваний независимо от расстояний и уровня медико-технического оснащения на местах. Для реализации этой цели создается программа телемедицины, мобильной медицины и совершенствования медицинского образования. Необходимые финансовые средства для создания службы мобильной и телемедицины в 128 сельских районах из государственного бюджета изысканы.

Будут восстановлены и получают дальнейшее развитие санитарная авиация в составе областных больниц и ее наземные подразделения в центральных районных больницах.

Сельские и семейные врачебные амбулатории, сельские участковые и центральные районные больницы с их поликлиническими подразделениями будут оснащены медицинским оборудованием и санитарным автотранспортом в соответствии с установленными нормативами, предусматривается также их компьютеризация.

Мероприятиями по повышению уровня обеспеченности сельских населенных пунктов качественной питьевой водой, а также стабилизации социальной, демографической и санитарно-эпидемиологической обстановки в республике будет охвачено 2411 СНП, в том числе на 2004–2006 годы предусмотрено:

- строительство объектов системы водоснабжения в 565 СНП;
- реконструкция и техническое перевооружение объектов водоснабжения в 1777 СНП.

Для обеспечения экологической безопасности СНП будут разработаны нормативы экологической безопасности, определены территории с неблагоприятной экологической обстановкой. К 2010 году будет проведено отселение граждан из СНП с особо неблагоприятной экологической обстановкой.

С 1998 года повсеместно в Казахстане реформирована первичная медико-санитарная помощь с выделением и развитием семейных врачебных амбулаторий (СВА). Реформа распространилась и на амбулаторно-поликлинические организации, территориальные поликлиники были преобразованы в семейные врачебные амбулатории, в которых должен был работать врач общей практики/семейной медицины.

Однако проведенные в 1998–1999 годах мероприятия в области ПМСП себя не оправдали. Так, без соответствующей подготовки врачебных кадров по семейной медицине и создания достаточной материально-технической базы ПМСП все участковые врачи территориальных участков и врачи сельских врачебных амбулаторий стали называться семейными врачами.

Проведенный анализ данной модели ПМСП выявил следующие недостатки:

- а) с 1990-х годов в республике была начата переподготовка участковых врачей на 2- или 3-месячных курсах семейных врачей, однако такая подготовка не отвечала требованиям семейной медицины, и система здравоохранения оказалась не готовой к восприятию такого врача; остались не до конца решенными вопросы, связанные с характером и местом его работы, с характером внешних и внутренних взаимосвязей, с финансированием и оплатой труда;



б) в городах несколько семейных врачебных амбулаторий были расположены, как правило, в одном здании, то есть не выдержаны принципы территориальности и зачастую – юридической самостоятельности;

в) многие СВА не обеспечены на должном уровне современным оборудованием для диагностики и лечения больных, и большинство из них ограничиваются простейшими исследованиями;

г) специалисты СВА, как врачи общей практики, не могли в полной мере обеспечить качественную диагностику заболеваний, и каждый пятый пациент направлялся ими на консультацию к узким специалистам, каждый шестой – на обследование в другие учреждения.

В связи с этим Министерство здравоохранения Республики Казахстан рекомендовало в настоящее время возврат в городских условиях на территориально-участковый принцип работы, для чего проводится объединение СВА в поликлиники. Самостоятельные СВА могут сохраняться, создаваться и работать на окраине города и в сельских населенных пунктах, если имеют свою материально-техническую базу, расположены на территории или вблизи обслуживаемого участка, и врачи имеют специальную подготовку по семейной медицине.

Большое внимание уделяется лекарственному обеспечению населения. В этом деле развитие и государственное регулирование фармацевтической отрасли Республики Казахстан имеют важное социальное, экономическое и стратегическое значение для республики.

В 2002 году создан Комитет фармации, фармацевтической и медицинской промышленности Министерства здравоохранения Республики Казахстан, являющийся органом государственного управления, осуществляющим руководство в сфере обращения лекарственных средств и надзорными функциями.

Структура Комитета представлена центральным аппаратом и территориальными подразделениями во всех регионах республики общей штатной численностью 160 единиц.

Наряду с их деятельностью во всех областных центрах и городах Алматы и Астана в структуре местных исполнительных органов функционируют отделы лекарственной политики областных управлений (департаментов) здравоохранения и городов Алматы и Астаны и территориальные филиалы Национального центра экспертизы лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники.

Таким образом, в стране регламентированы органы и организации, нацеленные на обеспечение доступности, эффективности, безопасности и качества лекарственных средств.

Объектами государственного контроля являются лекарственные средства, изделия медицинского назначения и медицинская техника.

Согласно действующим нормам права применению в Республике Казахстан подлежат зарегистрированные и сертифицированные лекарственные средства. В республике налажены системы и отработаны механизмы по регистрации и сертификации лекарственных средств.

Государственная регистрация включает в себя проведение анализа присутствия на рынке республики аналогов лекарственного средства, их сравнительной стоимости, фармакологической активности, безопасности, системы контроля качества, условий производства, лабораторные исследования нового оригинального лекарственного средства, клинические испытания, физико-химические испытания в аккредитованных испытательных лабораториях.

При Комитете созданы специализированные экспертные комиссии (Фармакологическая и Фармакопейная), в их состав входят ведущие ученые, специалисты, квалификация и опыт работы которых обеспечивают независимую квалифицированную экспертизу, подготовку обоснованных и объективных проектов решений.

На сегодняшний день в Республике Казахстан зарегистрировано свыше 7 тыс. наименований лекарственных средств.

Сертификация лекарственных средств в республике осуществляется в конкурентной среде. Однако следует отметить, что доминирующее положение на рынке сертификации занимают аккредитованные Госстандартом республики органы по сертификации республиканского государственного предприятия Министерства здравоохранения Республики Казахстан «Национальный



центр экспертизы лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники», ими сертифицируется до 80% лекарственных средств, находящихся в обращении.

Государственному контролю подлежит также реклама лекарственных средств, она возможна только при наличии выданного уполномоченным органом в установленном порядке разрешения. Реклама лекарственных средств, осуществляемая без специального разрешения, рассматривается как вид административного правонарушения. На сегодняшний день в республике действует достаточно разветвленная сеть аптечных организаций, насчитывающая более 6,5 тыс. объектов, 2% из которых составляют промышленные производства, до 9% – аптечные склады и до 90% – розничная сеть, при этом до 97% аптечных организаций являются организациями с частной формой собственности.

Вместе с тем количество функционирующих аптечных организаций не обеспечивает в полной мере доступность лекарственных средств всему населению республики. Вне обеспечения остались жители отдаленных сельских населенных пунктов. Для устранения этого постановлением Правительства Республики Казахстан в июне 2002 года разрешена реализация лекарственных средств в таких населенных пунктах через объекты первичной медико-санитарной помощи. К концу 2003 года планируется обеспечить повсеместную доступность лекарственных средств.

Разработана Концепция лекарственной политики Республики Казахстан, одобренная постановлением Правительства Республики Казахстан, где изложены основные приоритеты развития фармацевтической отрасли, государственная стратегия обеспечения населения лекарственными средствами, принципы формирования правил и координации фармацевтической деятельности. Она отражает систему взглядов на цели, задачи и методы развития отечественного фармацевтического рынка.

Основные положения национальной лекарственной политики были учтены при разработке законопроекта «О лекарственных средствах».

Значительно оптимизирована внешнеэкономическая деятельность субъектов отечественного фармацевтического рынка. С июля 2002 года отменено лицензирование экспорта и импорта лекарственных средств. Существующие меры государственного контроля обеспечивают их действенность в должной мере. Потребность республики в лекарственных средствах до 6% удовлетворяется за счет отечественного производства и на 94% зависит от импорта.

Предпринимаются меры государственной поддержки предприятий отечественной фармацевтической и медицинской промышленности.

Отсутствие на протяжении ряда лет координирующего органа в сфере обращения лекарственных средств, фармацевтического контроля, а также несовершенство нормативной правовой базы затрудняло деятельность субъектов фармацевтического рынка.

В связи с созданием органа государственного управления отраслью с вертикальной структурой значительно активизирована работа по пресечению реализации незарегистрированной, несертифицированной продукции, выявляются факты реализации фальсифицированных лекарственных средств, принимаются меры по соблюдению надлежащего фармацевтического порядка.

Одним из важных направлений деятельности Комитета являются вопросы лекарственного обеспечения населения. В государстве имеется система бесплатного отпуска лекарственных средств. В настоящее время бесплатную лекарственную помощь можно получить из средств республиканского бюджета в рамках 5 программ, а также по программам местных бюджетов.

В республиканском бюджете здравоохранения предусмотрены средства на лекарственную помощь по таким социально значимым заболеваниям, как диабет, туберкулез, для лечения детей, больных лейкемией; диализаторов с расходными материалами и лекарственных средств для больных, перенесших операцию по пересадке почек, а также противоопухолевых химиопрепаратов.

Одним из путей обеспечения доступности лекарственных средств является развитие собственной фармацевтической индустрии. В этой связи особую значимость приобретает разрабатываемая отраслевая программа развития фармацевтической и медицинской промышленности, включающая контроль за производством и реализацией лекарственных средств.

В настоящее время отечественными фармацевтическими предприятиями выпускается фармацевтической продукции на сумму, эквивалентную 18 млн. долларов США, и медицинских изделий – на 9 млн. долларов США.



Функционирует более 90 организаций, производящих до 700 наименований лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники.

В целях развития отечественной фармацевтической и медицинской промышленности, которые постановлением Правительства Республики Казахстан признаны как приоритетные с инвестиционной точки зрения, Министерством здравоохранения Республики Казахстан совместно с Комитетом по инвестициям Министерства иностранных дел Республики Казахстан проводится работа по привлечению инвесторов в данную отрасль.

Совместно с Министерством науки и образования Республики Казахстан прорабатываются вопросы научно-технического обеспечения и организации производства биотехнологической продукции, оригинальных фитопрепаратов.

Кроме того, осуществляется технико-экономический анализ возможностей машиностроительных и конверсионных заводов республики на предмет создания производств, необходимых для развития фармацевтической отрасли.

Казахстанская фармацевтическая индустрия имеет определенный потенциал, выражающийся в ежегодном наращивании темпов производства, расширении выпускаемого ассортимента. В условиях сегодняшнего дня, когда казахстанский внутренний рынок зависит от импорта на 94%, поддержка отечественного производителя имеет стратегически важное значение.

При выработке стратегии развития отрасли принимается во внимание, что фармацевтическая отрасль – это система, включающая товары, услуги и знания. Гармоничное развитие отрасли возможно только при должном внимании и государственном регулировании всех ее составляющих, а также при четком взаимодействии государственных органов и при активной поддержке неправительственных организаций.

Важным моментом для развития как отечественного производства, так и всей отрасли в целом является развитие фармацевтической науки и образования. Внедрение достижений науки в практику, развитие образования, стимулирование самообразования, возрождение системы аттестации фармацевтических работников, совершенствование методов обучения должны сыграть положительную роль в качественно новом развитии фармацевтического сектора.

Комитет фармации, фармацевтической и медицинской промышленности в дальнейшей перспективе нацелен на осуществление поэтапного перехода от жесткого государственного контроля готовой фармацевтической продукции к контролю их производства и к системе обеспечения качества. С этой целью будет осуществлен поэтапный переход к надлежащим практикам: производственной (GMP), клинической (GCP), лабораторной (GLP), аптечной (GPP), дистрибуторской (GDP). Таким образом, система обеспечения качества должна охватить весь жизненный цикл лекарственного средства.

Все эти мероприятия не осуществимы без внедрения новых информационных технологий в отрасли. Принятие управленческих решений должно базироваться на достоверной, объективной, оперативной информации. С этой целью организовывается информационно-аналитический и маркетинговый центр, целью которого должно стать информационное сопровождение отрасли. В данной информации нуждаются органы государственного управления, субъекты фармацевтической деятельности и потребители продукции и услуг. Только своевременная и достоверная информация для специалистов и потребителей позволит обеспечить снижение объемов теневого оборота лекарственных средств, присутствия на отечественном рынке фальсифицированной, контрабандной, незарегистрированной, несертифицированной продукции, осуществить мониторинг побочных действий лекарственных средств.

Необходимо отметить, что в данном направлении весомая роль отведена деятельности Национального центра экспертизы лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники, который осуществляет обеспечение специализированной информацией участников сферы обращения лекарственных средств, ведет WEB-страницу, издает специализированный журнал «Фармация Казахстана».

Комитет фармации, фармацевтической и медицинской промышленности Министерства здравоохранения Республики Казахстан реализует мероприятия по расширению международных связей с аналогичными службами, ведущими фармацевтическими фирмами, научными и учебны-



ми центрами других государств. Определение стратегических путей развития фармацевтической отрасли в странах СНГ, анализ методов и средств для достижения поставленных целей, гармонизация принципов при регистрации и сертификации лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники являются вопросами международного сотрудничества в области лекарственной политики. Решение данных вопросов, дальнейшее взаимовыгодное сотрудничество, конструктивный диалог и обмен опытом должны способствовать позитивным результатам и установлению партнерских отношений.

Одним из приоритетных вопросов в деятельности Министерства здравоохранения Республики Казахстан является обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия населения на территории страны.

В текущем году Правительством приняты меры по усилению органов государственного санитарно-эпидемиологического надзора и повышению эффективности их деятельности.

В связи с изменениями действующего законодательства, социально-экономических условий в стране разработан и принят новый Закон Республики Казахстан «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения», в соответствии с которым проведено реформирование государственной санитарно-эпидемиологической службы. Учреждения санитарно-эпидемиологической службы реорганизованы в департаменты (управления) государственного санитарно-эпидемиологического надзора (бывшие оперативные подразделения санитарно-эпидемиологических станций), которым придан статус государственных органов и которые имеют право осуществлять контрольно-надзорные функции и центры санитарно-эпидемиологической экспертизы (бывшие лабораторные подразделения), осуществляющие лабораторные исследования. При этом на государственную службу переведено почти семь тысяч специалистов.

При Министерстве здравоохранения создан Комитет государственного санитарно-эпидемиологического надзора. Принимаемые меры по повышению статуса и роли Государственной санитарно-эпидемиологической службы позволят более активно влиять на санитарно-эпидемиологическую ситуацию и привести к ее стабилизации.

Министерством здравоохранения, органами и организациями государственной санитарно-эпидемиологической службы проводится планомерная работа по стабилизации санитарно-эпидемиологической ситуации в стране, предупреждению и снижению инфекционной заболеваемости. Принимаемые меры позволили стабилизировать эпидемическую ситуацию и на протяжении ряда последних лет добиться стабильного снижения заболеваемости населения брюшным тифом, сальмонеллезом, дизентерией, группой острых кишечных инфекций, вирусными гепатитами и рядом других инфекций.

В стране на протяжении ряда лет проводится целенаправленная работа по снижению заболеваемости вакциноуправляемыми инфекциями. За счет государственного бюджета обеспечивается централизованный закуп и снабжение регионов всеми необходимыми вакцинами и другими медицинскими иммунобиологическими препаратами, повсеместно достигнут необходимый охват вакцинацией населения: для вакцинации населения, проживающего в отдаленных населенных пунктах, организовано 900 выездных прививочных бригад. Для обеспечения надлежащих температурных условий при транспортировке вакцин в отдаленные населенные пункты Министерством здравоохранения дополнительно закуплено 80 авторефрижераторов.

Принятые меры позволили значительно снизить заболеваемость по сравнению с 1995 годом, когда была обеспечена вакцинная независимость республики и полностью восстановлена плановая иммунизация населения. Так, заболеваемость дифтерией снизилась в 74 раза, коклюшем – в 15,2 раза, корью – в 14,3 раза, столбняком – в 4,0 раза, вирусным гепатитом В – в 1,7 раза. При этом заболеваемость дифтерией, столбняком, коклюшем и корью доведена до единичных случаев, а заболеваемость полиомиелитом не регистрируется в течение последних семи лет. В 2002 году республика в числе других стран СНГ была сертифицирована Всемирной организацией здравоохранения как территория, свободная от полиомиелита. В настоящее время республика приступила к реализации программы Всемирной организации здравоохранения по элиминации кори к 2007 году.

Если сравнивать с 1995 годом, когда была возобновлена плановая вакцинация населения, то заболеваемость вакциноуправляемыми инфекциями снизилась в десятки раз.



Серьезным фактором, осложняющим эпидемиологическую ситуацию, является наличие на большей территории республики природных очагов особо опасных инфекций. Так, природные очаги чумы расположены на территории 10 областей и занимают площадь почти 39% территории страны. Природные очаги конго-крымской геморрагической лихорадки расположены на территории трех областей страны, клещевого энцефалита – в четырех областях. В республике имеется 1767 стационарно неблагополучных по сибирской язве пунктов, где за весь период наблюдения зарегистрировано 2598 очагов сибирской язвы.

В целях недопущения заболеваемости населения в природных очагах Министерством здравоохранения активизирована работа по проведению комплекса профилактических мероприятий, улучшению материально-технической базы противочумных учреждений. Ежегодно увеличиваются объемы проводимых профилактических мероприятий в природных очагах, конго-крымской геморрагической лихорадки, закупаются препараты для уничтожения источников и переносчиков особо опасных инфекций. Только за истекший год за счет средств республиканского бюджета дополнительно закуплено 63 единицы автотранспорта для противочумных учреждений. Постановлением Правительства Республики Казахстан созданы еще две региональные противочумные станции, и их количество достигло 10.

Вместе с тем, несмотря на принимаемые меры, по-прежнему серьезной остается ситуация с обеспечением населения доброкачественной питьевой водой, безопасными продуктами питания, санитарным состоянием объектов торговли, общественного питания, коммунальных объектов, детских и подростковых учреждений.

Обеспеченность населения республики водопроводной водой составляет 74,2%, из централизованных источников водоснабжения потребляют воду более 3 млн. (21%) населения, используют воду из открытых водоемов и арыков более 300 тыс. (2,0%), привозную воду негарантированного качества – более 500 тыс. (3,0%) человек. 18,1% водопроводов не отвечают санитарно-техническим требованиям.

До настоящего времени 23,6% продовольственных рынков не отвечают санитарным нормам, не отвечают санитарным требованиям 14,5% школ.

Перед государственной санитарно-эпидемиологической службой определены следующие задачи:

1. Дальнейшее снижение инфекционной заболеваемости, связанной с употреблением доброкачественной питьевой воды и продуктов питания, в том числе сальмонеллез, острых кишечных инфекций, вирусных гепатитов. Данная проблема будет решаться путем последовательного улучшения безопасности и качества подаваемой населению питьевой воды, санитарно-технического состояния существующих водопроводных сооружений, ремонта, восстановления имеющихся и строительства новых водопроводов. Будут приняты меры по улучшению санитарно-технического состояния и приведению в соответствие с санитарными нормами и требованиями объектов общественного питания, торговли продуктами питания, в том числе продовольственных рынков. Планируется полностью искоренить путем запрета уличную торговлю продуктами питания в неустановленных местах.
2. Снижение до спорадического уровня заболеваемости населения вакциноуправляемыми инфекциями, в том числе ликвидация кори и врожденной краснухи к 2007 году, путем улучшения качества и охвата вакцинацией населения и введения вакцинации против краснухи.
3. Снижение до спорадического уровня заболеваемости населения и особо опасными инфекциями, для чего планируется увеличение объема проводимых профилактических мероприятий в природных очагах этих инфекций.

Проводится целенаправленная работа по пропаганде и формированию здорового образа жизни среди населения. Реализуется комплексная программа «Здоровый образ жизни». Разработаны и осуществляются проекты ВОЗ «Здоровые города», «Здоровые рабочие места», «Больницы за здоровый образ жизни», «Школы, способствующие укреплению здоровья», «Здоровые университеты». В текущем году проводятся республиканские конкурсы «Здоровый аул», «Лучший сельский врач», «Лучший провизор», «Первичная медико-санитарная помощь за здоровый образ жизни». Активизирована



работа по пропаганде здорового образа жизни, профилактике заболеваний и укреплению здоровья среди сельского населения. Во всех городах и сельских населенных пунктах республики проведена акция «Час здорового образа жизни» в рамках широкомасштабного республиканского «Фестиваля здоровья», с одномоментным охватом широких слоев населения мероприятиями по физической культуре согласно разработанному сценарию.

Получили дальнейшее развитие медицинская наука и образование, внедрение достижений медицинской науки и практики в работу организаций здравоохранения.

В соответствии с поручением Главы государства, данным на II съезде врачей и провизоров Казахстана 4 декабря 2002 года, Посланием Президента страны народу Казахстана от 4 апреля 2003 года разработана принятая Программой Правительства Республики Казахстан на 2003–2006 годы Стратегическая линия, направленная на использование отечественной науки в качестве ключевого фактора социально-экономического развития общества.

В настоящее время в системе здравоохранения Казахстана функционируют 20 научно-исследовательских организаций, из них 14 научных центров и 6 научно-исследовательских институтов.

Укомплектованность высококвалифицированными специалистами (докторами и кандидатами наук) составляет 62,9% (в научных центрах – 63,3%, в медицинских вузах – 52,8%).

С 1997 года в целях сохранения и защиты потенциала медицинской науки, развития приоритетных и новых направлений, а также решения актуальных проблем охраны здоровья населения республики осуществлен переход на программно-целевое финансирование.

В соответствии с приказом Министра образования и науки Республики Казахстан в области здравоохранения по итогам конкурса 2003 года утверждены и выполняются 17 тем фундаментального характера. Министерство здравоохранения Республики Казахстан является администратором бюджетных программ по прикладным научным исследованиям в области здравоохранения. Всего в 2003 году выполняется 27 научно-технических программ.

В целях координации и повышения эффективности выполнения научно-технических медицинских программ Министерством здравоохранения Республики Казахстан в 2002 году образован Ученый совет, за время работы которого проведена обширная работа по мониторингу реализуемых научно-технических программ, утверждена Концепция «О развитии медицинской науки в Республике Казахстан». С учетом потребностей государства и мировых тенденций развития науки определены приоритетные направления фундаментальных и прикладных медицинских исследований, в числе которых геномные подходы в изучении заболеваний, разработка основ и способов клеточной трансплантации и другие.

Помимо программно-целевого финансирования, перспективной формой реализации научных программ является грантовая система научно-исследовательской деятельности. Большинство научно-исследовательских институтов и научных центров привлекают гранты международных организаций по различным научным направлениям.

Ученые республики активно сотрудничают с зарубежными научными организациями, являясь членами, экспертами либо внештатными советниками многих международных научных организаций.

Отмечается положительная динамика и в изобретательской деятельности отечественных ученых. Если в 1991 году результатом научных исследований было 61 изобретение, то в 2002 году – 409.

В целях интеграции науки и образования планируется создание научно-образовательной базы и улучшение системы подготовки и переподготовки научных, научно-педагогических кадров и специалистов практического здравоохранения. В связи с этим при медицинских вузах создаются научно-исследовательские лаборатории, а на базе научных организаций – кафедры высших медицинских учебных заведений.

Одним из важных направлений здравоохранения республики является подготовка высококвалифицированных специалистов в области медицины, владеющих современными технологиями, в соответствии с международными стандартами, а также с учетом потребностей практического здравоохранения.

В настоящее время подготовка медицинских кадров с высшим образованием в Казахстане осуществляется в 9 организациях образования, из которых 6 государственных вузов, 2 негосударственных вуза и 1 медицинский факультет. Образовательный процесс осуществляется на государственном



и русском языках по 7 специальностям: «Лечебное дело», «Педиатрия», «Медико-профилактическое дело», «Стоматология», «Фармация», «Восточная медицина», «Медико-биологическое дело».

Пятый год в республике действует система формирования студенческого контингента с предоставлением государственного образовательного гранта и кредита, что дает возможность поступления в медицинские вузы наиболее одаренной и способной молодежи.

В настоящее время в вопросе подготовки медицинских кадров в республике отмечается положительная тенденция.

Наиболее многочисленными кадрами здравоохранения являются средние медицинские и фармацевтические работники. Показатель обеспеченности специалистами среднего звена в Казахстане составляет 65,5 на 10 тыс. населения.

Подготовка медицинского персонала среднего звена осуществляется в 25 государственных и 19 негосударственных медицинских колледжах. Кроме того, с 2002/03 учебного года открыты факультеты при 4 вузах республики.

Обучение ведется на государственном и русском языках по 8 специальностям среднего медицинского и фармацевтического образования: лечебное дело, акушерское дело, гигиена и эпидемиология, стоматология, фармация, сестринское дело, стоматология ортопедическая и лабораторная диагностика.

Для дальнейшего развития и системного реформирования медицинского и фармацевтического образования с 2002/03 учебного года во всех медицинских организациях образования республики введена система многоуровневой непрерывной подготовки специалистов с медицинским образованием, позволяющая обеспечить непрерывность и качество медицинского образования в соответствии с международными стандартами.

В последние годы заметно улучшились международные отношения с неправительственными организациями АМСЗ, ЮСАИД, с учебными заведениями других стран. При поддержке АМСЗ медицинскими сестрами и руководителями сестринского дела Казахстана, Кыргызстана, Таджикистана и Узбекистана создан Координационный совет по сестринскому делу для решения задач по распространению передового опыта, возможности обмена информацией о своих проблемах и достижениях.

Резолюцией 56-й сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения с 2003 года восстановлено право голоса Казахстана во Всемирной организации здравоохранения.

Министерством здравоохранения Республики Казахстан проводится определенная работа по совершенствованию управления кадрами, укомплектованию центрального аппарата квалифицированными кадрами, внедрению новых методов обучения. В век модернизации, демократизации общества и реформирования здравоохранения необходимо уже сейчас применять широко используемые на Западе формы и методы управления кадрами. Это, в свою очередь, потребует пересмотра функции и роли кадровых служб. Руководители кадровых служб должны стать основными консультантами руководства в вопросах кадрового обеспечения, включая планирование, развитие, обучение, стимулирование и мониторинг персонала.

Основными кадрами отрасли здравоохранения являются врачи и средние медицинские работники: 44 202 врача и 99 749 средних медицинских работников. Соотношение врачей и средних медицинских работников составляет 1:2,2. Обеспеченность ими в системе здравоохранения составляет соответственно 29,7 и 67,1 на 10 тыс. населения.

Министерством здравоохранения Республики Казахстан в целях мониторинга за количественным и качественным составом медицинских кадров республики введены статкарты «Т-практ», «Т-наука», «Т-СМР», что позволяет отслеживать вопросы обеспеченности медицинскими кадрами, уровень квалификации, причины текучести, количество работающих пенсионеров, потребность в молодых специалистах и т.п. На основании статистических карт изучены данные имеющегося потенциала медицинских работников, соотношение высшего и среднего звена, динамика численности врачебных кадров за 10 лет.

Анализ показал, что количество врачей за этот период сократилось на 24,6% (1439 человек). В возрастной структуре увеличился удельный вес старше 55 лет (в 1,5 раза), удельный вес пенсионеров в составе работающих врачей по республике составил 8–10%.



Ежегодно из отрасли идет отток специалистов, так, «невосполнимые потери» (выезд за пределы республики, выход на пенсию по старости, смерть и др. причины) составляют 5,5%, или 2645 человек.

В вузах республики на государственной и платной основе выпуск специалистов составляет ежегодно 2518 человек, что должно обеспечить восполнение ресурсов с учетом потребного количества специалистов. Кроме того, следует подчеркнуть, что среди работающих специалистов каждый десятый – пенсионер, это почти 3500 врачей, что формирует рынок безработных, особенно среди молодых специалистов. Среди безработных 28% составляют провизоры, 22% – стоматологи, 22% – терапевты, 20% – педиатры, 8% – другие специальности.

В соответствии с Законом Республики Казахстан «Об охране здоровья граждан в Республике Казахстан» предусмотрена многоукладная система здравоохранения. Наряду с государственным успешно функционирует и развивается негосударственный сектор здравоохранения.

Целью развития негосударственного сектора здравоохранения является адаптация системы к создавшимся рыночным условиям в стране, создание конкурентной среды в обеспечении доступности и улучшения качества оказываемой медицинской помощи населению с учетом реальной социально-экономической ситуации в стране.

Задачами дальнейшего развития и укрепления негосударственного сектора здравоохранения остаются:

- совершенствование условий для формирования конкурентной среды, развитие на этой основе рынка медицинских услуг;
- повышение эффективности функционирования общей системы здравоохранения за счет усиления конкуренции поставщиков медицинских услуг;
- снижение нагрузки на бюджет здравоохранения за счет привлечения личных средств состоятельных слоев населения, привлечение дополнительных инвестиций в систему здравоохранения;
- поддержка развития негосударственного сектора здравоохранения, создаваемого за счет средств частных физических и юридических лиц, а также путем приватизации отдельных объектов здравоохранения;
- развитие новых медицинских технологий, видов и форм оказания медицинской помощи.

В целях дальнейшего развития негосударственного сектора здравоохранения за период 2001–2002 годов разработаны и утверждены Правительством Республики Казахстан квалификационные требования, предъявляемые при лицензировании медицинской и врачебной деятельности, деятельности, связанной с производством и оптовой реализацией средств дезинфекции, дезинсекции, дератизации, а также видов работ и услуг по их использованию.

Квалификационные требования, предъявляемые при лицензировании объектов фармацевтической сферы, были конкретизированы в части реализации медицинского оборудования и изделий медицинского назначения. Для улучшения качества оказываемых медицинских услуг населению с учетом специфики специальности врача, полученной на базе высшего медицинского образования, Министерством здравоохранения Республики Казахстан в 2001 году был определен и утвержден на уровне Правительства Республики Казахстан перечень видов работ и услуг, подлежащих лицензированию, включающий в себя 221 вид медицинской деятельности.

Таким образом, квалификационные требования, предъявляемые к заявителям, утверждены на уровне Правительства Республики Казахстан. Учитывая специфику отрасли здравоохранения, когда одно юридическое лицо может иметь несколько объектов даже в различных регионах страны, по инициативе Министерства здравоохранения Республики Казахстан вынесено постановление Правительства Республики Казахстан от 11 января 2002 года №35, в котором утверждены приложения к Государственной лицензии на медицинскую, врачебную и фармацевтическую деятельность.

Разработанная и используемая Министерством здравоохранения Республики Казахстан методика лицензирования субъектов здравоохранения свидетельствует о том, что смена приоритетов в обеспечении качества медицинской помощи населению смещает акцент от контроля за соответствием документов квалификационным требованиям, собственно оказания медицинской помощи на достижение задач по сохранению и укреплению здоровья народа Республики Казахстан.



Таблица

ПОКАЗАТЕЛИ ФИНАНСИРОВАНИЯ ОТРАСЛИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В 2001–2005 ГОДАХ¹

Наименование показателей	2001	2002	2003 план (по сост. на 01.08.03)	2004 прогноз	2005 прогноз
Расходы здравоохранения, млрд. тенге	61,0	70,7	89,7	107,3	122,3
Расходы здравоохранения в % к ВВП	1,87	1,89	2,04	2,20	2,23
Расходы здравоохранения в расчете на 1 жителя в год, тенге	4110	4760	6035	7219,5	8228,8
Расходы здравоохранения в расчете на 1 жителя в год, в долларах США	28	31	40	47	53,1

¹ Расходы здравоохранения системы Министерства здравоохранения РК, без учета других ведомств.

В последние годы в связи с укреплением экономического положения страны улучшается финансирование здравоохранения. Доля расходов здравоохранения в Республике Казахстан от внутреннего валового продукта (ВВП) имеет тенденцию увеличения от 1,87 в 2001 году до 2,04% в 2003 году (табл.).

Расходы на здравоохранение в 2002 году составили 70,7 млрд. тенге, в том числе за счет местных бюджетов – 58,7 млрд. тенге, республиканского бюджета – 12,0 млрд. тенге.

При потребности в средствах на оказание гарантированного объема бесплатной медицинской помощи на местном уровне в сумме 86,2 млрд. тенге, в 2002 году на данные цели в местных бюджетах было предусмотрено 45,9 млрд. тенге.

Бюджет здравоохранения республики на 2003 год запланирован (по состоянию на 01.08.03) в сумме 89,7 млрд. тенге, что на 26,9%, или на 19 млрд. тенге, выше уровня 2002 года.

Расходы местных бюджетов по программам здравоохранения составляют 73,5 млрд. тенге, в том числе на оказание гарантированного объема бесплатной медицинской помощи – 56,2 млрд. тенге, что на 22,2%, или 10,2 млрд. тенге, больше уровня 2002 года.

Планируемые расходы на 1 жителя в год в среднем по республике (за счет средств государственного бюджета) в 2001 году составляли 28 долларов США, а в 2003 году достигли 40 долларов США.

В целях построения оптимальной структуры и модели финансового обеспечения здравоохранения, гарантирующих доступность и качество медицинского обслуживания, разработана Концепция совершенствования финансирования системы здравоохранения Республики Казахстан, одобренная постановлением Правительства Республики Казахстан от 13 июля 2002 года №773, где предполагается введение 3-уровневого финансирования системы здравоохранения:

- первый уровень – гарантированный объем бесплатной медицинской помощи, финансируемый из государственного бюджета;
- второй уровень – обязательное медицинское страхование;
- третий уровень – добровольное медицинское страхование услуг, не предусмотренных в гарантированном объеме бесплатной медицинской помощи и программе обязательного медицинского страхования, а также платные услуги.

В целях достижения необходимого уровня финансового обеспечения гарантированного объема бесплатной медицинской помощи Правительством Республики Казахстан принято решение о выделении дополнительных средств в размере 40 млрд. тенге, в том числе по годам: 2003 год – 10 млрд. тенге, 2004 год – 15 млрд. тенге, 2005 год – 15 млрд. тенге.

Основными приоритетами для направления дополнительных затрат в 2003 году являются охрана материнства и детства и первичная медико-санитарная помощь.

С учетом дополнительных затрат объем финансирования гарантированного объема бесплатной медицинской помощи по плану 2003 года составляет 65% от потребности.



В 2004 году основным направлением расходования дополнительных затрат является лекарственное обеспечение больных социально значимыми видами заболеваний, детей, в сельских организациях здравоохранения. Предполагается достижение уровня финансирования гарантированного объема бесплатной медицинской помощи в 2004 году до 82% от потребности.

С учетом дополнительных затрат на оказание гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, выделяемых в течение 2003–2005 годов, предполагается в 2005 году достижение уровня расходов здравоохранения на 1 жителя до 53 долларов США.

Большая работа проводится по совершенствованию законодательной базы здравоохранения. В соответствии с Планом законопроектных работ Правительства РК на 2003 год, утвержденным постановлением Правительства РК от 3 февраля 2003 года №117, разработаны 4 законопроекта:

1. «Об обязательном медицинском страховании в Республике Казахстан».
2. «О внесении изменений и дополнений в Закон Республики Казахстан «О профилактике заболевания СПИД» (внесено в Правительство РК).
3. «Об охране здоровья граждан в Республике Казахстан» (внесено в Правительство РК).
4. «О донорстве крови и ее компонентах».

Кроме того, 2 законопроекта, разработанные министерством («О репродуктивных правах человека и гарантиях их осуществления» и «О лекарственных средствах»), в настоящее время находятся в Парламенте Республики Казахстан.

В 2003 году принят Закон Республики Казахстан «О системе здравоохранения», в целях реализации которого в настоящее время готовятся более 40 нормативных правовых документов, из них 10 проектов постановления Правительства Республики Казахстан.

В целях создания эффективно действующей системы здравоохранения предполагается решение следующих основных задач:

1. Разработка и осуществление комплекса мер государственной медико-социальной и правовой политики в области увеличения потенциала здоровья как основного богатства народа Казахстана.
2. Создание благоприятной окружающей среды обитания людей.
3. Усиление мер ответственности за укрепление здоровья как на индивидуальном, так и на национальном, региональном и местном уровнях.
4. Развитие и совершенствование индивидуальных навыков и способностей граждан к здоровому образу жизни.
5. Ориентация здравоохранения на внедрение современных технологий, с акцентом на ресурсосберегающие, экономически эффективные, усиливающие доступность и охват населения медицинской помощью.
6. Обеспечение всесторонней и полной мобилизационной готовности здравоохранения к действиям в условиях чрезвычайных ситуаций.

Стратегией также определены основные принципы развития казахстанского здравоохранения в XXI веке, перед всеми участниками системы здравоохранения республики поставлены программные задачи сосредоточения усилий и ресурсов в деле охраны здоровья граждан Республики Казахстан.

СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН



ПЕРВЫЙ ВИЦЕ-МИНИСТР ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, ГЛАВНЫЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
САНИТАРНЫЙ ВРАЧ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

Анатолий Александрович Белоног

Государственная санитарно-эпидемиологическая служба Республики Казахстан была организована в 1922 году и в настоящее время представлена 236 санитарно-эпидемиологическими станциями, в том числе 1 республиканской, 16 областного уровня, а также 219 городскими, районными и санитарно-эпидемиологическими станциями на транспорте. Кроме того, в состав службы входят 10 региональных противочумных станций. Научное сопровождение службы осуществляют три научных центра: гигиены и эпидемиологии; гигиены труда и профессиональных заболеваний; карантинных и зоонозных инфекций.

В учреждениях службы работает 9486 специалистов, в том числе 3184 врача, 6131 средний медицинский работник, 169 других специалистов с высшим образованием. Из них имеют ученую степень 139, из которых 36 докторов и 103 кандидата наук. Из общего количества работающих имеют квалификационные категории 4126 специалистов, или 43,5%, в том числе высшую квалификационную категорию – 1385, первую – 1994 и вторую – 747.

За период, прошедший с момента обретения независимости Республикой Казахстан, в связи с произошедшими изменениями в социально-экономической сфере, численность учреждений санитарно-эпидемиологической службы республики сократилась на 109 учреждений, с 345 до 236, а численность работающих специалистов – на 4370 человек.

Удельный вес расходов на содержание санитарно-эпидемиологической службы в общем объеме финансирования здравоохранения составил в 2002 году: по республиканскому бюджету – 8,7%, по местным бюджетам – от 4,0 до 9,6%.

Деятельность государственной санитарно-эпидемиологической службы республики осуществляется в соответствии со следующими основными законодательными актами.

Законами Республики Казахстан:

– «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения»;

- «Об охране здоровья граждан Республики Казахстан»;
- «О системе здравоохранения».

Указами Президента Республики Казахстан:

- «О первоочередных мерах по улучшению состояния здоровья народа»;
- «О государственной Программе «Здоровье народа», а также постановлениями Правительства Республики Казахстан, регулируемыми различные аспекты обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения.

В целях перспективного развития и совершенствования Государственной санитарно-эпидемиологической службы республики приказом Министерства здравоохранения утверждена «Концепция развития Государственной санитарно-эпидемиологической службы Республики Казахстан и ее материально-технического обеспечения на 2001–2010 годы».

Основными приоритетными направлениями деятельности Государственной санитарно-эпидемиологической службы являются:

- дальнейшее совершенствование и укрепление правовых основ деятельности службы и совершенствование государственной системы санитарно-эпидемиологического нормирования;
- стабилизация и улучшение санитарно-эпидемиологической ситуации;
- профилактика и снижение инфекционной, профессиональной и соматической заболеваемости населения, в том числе алиментарно зависимой;
- санитарная охрана границ и территории страны от заноса и распространения инфекционных и паразитарных заболеваний;
- улучшение санитарно-гигиенического состояния подконтрольных объектов;
- реализация государственных, отраслевых и региональных программ в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения;
- укрепление материально-технической базы учреждений санитарно-эпидемиологической службы, обеспечение их современным лабораторным оборудованием, повсеместная компьютеризация;
- другие направления.

Необходимо отметить, что в последние годы в связи с обретением независимости странами бывшего Союза, неодинаковыми темпами социально-экономического развития, внедрения рыночных принципов и формирования законодательной базы, санитарно-эпидемиологические службы стран также развиваются и реформируются в различных направлениях в соответствии со сложившимися социально-экономическими реалиями. В Республике Казахстан кардинальные изменения в системе Государственной санитарно-эпидемиологической службы произошли в последние два года.

До 2003 года Государственная санитарно-эпидемиологическая служба Республики Казахстан осуществляла свою деятельность в соответствии с Законом Республики Казахстан «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения», принятым в 1994 году. Данный закон и в переходный период развития государства сыграл свою положительную роль в сохранении системы Государственной санитарно-эпидемиологической службы страны, поддержании необходимого уровня санитарно-эпидемиологического благополучия населения, недопущении крупных эпидемиологических осложнений, стабилизации и снижении ряда инфекционных заболеваний.

Вместе с тем в последнее время в связи со значительными изменениями социально-экономических условий, последующим принятием законодательных актов, регулирующих отношения в этой сфере, он перестал отвечать сложившимся реалиям, ряд его положений потеряли актуальность, а по ряду позиций он вступил в прямое противоречие с позднее принятыми законодательными актами.

Правительством Республики Казахстан были предприняты необходимые меры по укреплению службы и повышению ее статуса. Был разработан и в конце 2002 года принят новый Закон Республики Казахстан «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения», в соответствии с которым деятельность учреждений Государственной санитарно-эпидемиологической службы Республики Казахстан приведена в соответствие с законодательством. При Министерстве здравоохранения впервые в истории службы создано отраслевое ведомство – Комитет государственного санитарно-эпидемиологического надзора.



В соответствии с принятым Законом Республики Казахстан «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» проведено реформирование государственной санитарно-эпидемиологической службы. В текущем году учреждения санитарно-эпидемиологической службы реорганизованы в департаменты (управления) государственного санитарно-эпидемиологического надзора (бывшие оперативные подразделения санитарно-эпидемиологических станций), которым придан статус государственных органов и которые наделены правом осуществления контрольно-надзорных функций, и центры санитарно-эпидемиологической экспертизы (бывшие лабораторные подразделения), осуществляющие лабораторные исследования. При этом на государственную службу переведено почти семь тысяч специалистов оперативных отделов, на которых распространяются положения и гарантии Закона Республики Казахстан «О государственной службе».

Таким образом, на базе действовавших санитарно-эпидемиологических станций образовано фактически два самостоятельных государственных учреждения, а именно государственное учреждение (департамент или управление государственного санитарно-эпидемиологического надзора) и государственное учреждение (центр санитарно-эпидемиологической экспертизы), имеющие самостоятельные финансовые счета и реквизиты.

Для усиления взаимодействия созданных учреждений постановлением Правительства Республики Казахстан утверждены Правила взаимодействия данных учреждений, при этом центры санитарно-эпидемиологической экспертизы подчинены и подотчетны департаментам государственного санитарно-эпидемиологического надзора. Кроме того, департаменты являются администраторами бюджетных программ организованных центров.

С момента выхода закона и в целях его реализации, совершенствования нормативной правовой базы в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения Министерством здравоохранения и Комитетом государственного санитарно-эпидемиологического надзора разработано и принято 83 нормативных правовых акта, в том числе 13 постановлений Правительства, 70 приказов Министерства здравоохранения. Еще 15 нормативных правовых актов планируется принять до конца 2003 года.

В целом в последние годы санитарно-эпидемиологическая ситуация в Республике Казахстан имеет тенденцию к стабилизации и характеризуется следующими основными показателями:

- снижением инфекционной заболеваемости населения;
- увеличением удельного веса населения, охваченного централизованным водоснабжением и потребляющего питьевую воду гарантированного качества;
- улучшением санитарно-технического состояния основных групп эпидемически значимых объектов;
- улучшением показателей безопасности потребляемой населением питьевой воды и пищевой продукции;
- снижением уровня профессиональной заболеваемости и др.

В 2002 году по сравнению с 1991 годом (распад Советского Союза) в республике отмечено снижение заболеваемости населения брюшным тифом в 3,0 раза, сальмонеллезами – в 2,9 раза, группой острых кишечных инфекций – в 1,9 раза, вирусными гепатитами – в 4,1 раза, сибирской язвой – в 19,0 раза, конго-крымской геморрагической лихорадкой – в 1,8 раза, бешенством – в 2,0 раза, дифтерией – в 2,0 раза, столбняком – в 5,0 раза, коклюшем – в 16,7 раза, корью – в 70,6 раза.

Истекший 2002 год был знаменателен для Государственной санитарно-эпидемиологической службы не только принятием нового Закона Республики Казахстан «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» и созданием Комитета государственного санитарно-эпидемиологического надзора, но и тем, что данный год был объявлен Указом Главы государства «Годом здоровья». Правительством республики была утверждена Программа проведения «Года здоровья» и план мероприятий по ее реализации, в которых отдельным разделом были выделены мероприятия по улучшению санитарно-эпидемиологической обстановки в стране. В течение 2002 года санитарно-эпидемиологической службой республики проведена большая работа по выполнению Программы по реализации «Года здоровья» и улучшению санитарно-эпидемиологической ситуации.



В результате мероприятий, проведенных в рамках «Года здоровья», удалось снизить инфекционную заболеваемость, значительно улучшить санитарно-гигиеническое состояние объектов водоснабжения, образования, объектов реализации продуктов питания и некоторые другие показатели.

В 2002 году в рамках «Года здоровья» была значительно активизирована работа по улучшению санитарного состояния продовольственных рынков, объектов общественного питания и торговли, ликвидации мест стихийной торговли продуктами питания. По итогам 2002 года удельный вес не отвечающих санитарным требованиям продовольственных рынков снизился до 19,1% против 29,6% в 2001 году. Из 915 продовольственных рынков в течение года из-за несоответствия санитарным требованиям временно приостанавливалась деятельность 560 рынков, полностью ликвидировано 72 рынка, приведен в соответствие с санитарными нормами 171 рынок.

Значительная работа проведена по улучшению питьевого водоснабжения населения. Обеспеченность населения водопроводной водой увеличилась и составила 75,5% против 74,2% в 2001 году. Обеспеченность сооружений водоподготовки реагентами для обеззараживания и очистки питьевой воды составила на конец 2001 года 99,5%. В населенных пунктах республики восстановлено 128 водопроводных сооружений, в 52 населенных пунктах пробурены артезианские скважины, к 15 населенным пунктам проведены водопроводные сети, для проведения ремонтно-восстановительных работ на водопроводах создана 1361 бригада.

В течение года организован централизованный завоз питьевой воды в 90 из 359 населенных пунктов, где население употребляет воду для питьевых целей из открытых водоемов. Число водопроводов, не отвечающих санитарным требованиям, сократилось с 23,4% в 2001 году до 17,3% в 2002 году, удельный вес питьевой водопроводной воды, не отвечающей нормативам по бактериологическим показателям, снизился с 3,9 до 3,8%, по химическим показателям – с 8,5 до 7,1%.

Совместно с Министерством образования и науки проводилась работа по улучшению санитарно-технического состояния школ и снижению заболеваемости школьников. Построено и сдано в эксплуатацию 25 школ и пристроек к ним, проведены капитальные ремонты в 1072 школах. Удельный вес не соответствующих санитарным требованиям школ снизился с 24,3% в 2001 году до 20,4% в 2002 году.

Целенаправленно проводилась работа по снижению заболеваемости вакциноуправляемыми инфекциями. За счет республиканского бюджета обеспечено регулярное снабжение регионов всеми необходимыми вакцинами и другими медицинскими иммунобиологическими препаратами, повсеместно достигнут необходимый 95%-ный охват прививками подлежащего населения. Для вакцинации населения, проживающего в отдаленных населенных пунктах, организовано более 900 выездных прививочных бригад. Для улучшения «холодовой цепи» при транспортировке и хранении вакцин Министерством здравоохранения закуплено 80 авторефрижераторов. Дополнительно для хранения вакцин в лечебно-профилактические организации закуплено 407 холодильников, что позволило обновить 26,7% устаревшего холодильного оборудования.

В результате в республике заболеваемость дифтерией, столбняком, коклюшем и корью сведена к спорадическому уровню, отмечается ежегодное снижение заболеваемости вирусным гепатитом В. Как одним из достижений иммунопрофилактики можно характеризовать тот факт, что в 2002 году Республика Казахстан сертифицирована Всемирной организацией здравоохранения как территория, свободная от полиомиелита. В настоящее время Министерство здравоохранения приступило к реализации Программы Всемирной организации здравоохранения по элиминации кори к 2007 году.

Одним из серьезных факторов, осложняющих эпидемиологическую ситуацию, является наличие в республике больших площадей природных очагов особо опасных инфекций. Так, природные очаги чумы занимают 39,0% площади страны и расположены на территории 10 областей, природные очаги конго-крымской геморрагической лихорадки расположены на территории 3 областей, клещевого весенне-летнего энцефалита – на территории 4 областей. Кроме того, в республике насчитывается 1767 стационарно неблагополучных по сибирской язве пунктов, где за весь период наблюдения зарегистрировано 2598 очагов сибирской язвы.

В целях предупреждения и снижения заболеваемости населения, проживающего на территории природных очагов чумы, крымской геморрагической лихорадки, сибирской язвы, органами и организациями санитарно-эпидемиологической службы проводится комплекс профилак-



ческих и противоэпидемических мероприятий, объем которых ежегодно увеличивается. Централизованно закупаются и направляются в эндемичные по этим инфекциям регионы препараты для уничтожения источников и переносчиков чумы и крымской геморрагической лихорадки.

Принимаются меры по укреплению структуры и материально-технической базы противочумной службы республики. Постановлением Правительства Республики Казахстан в 2002 году организованы еще две региональные противочумные станции.

В целях недопущения завоза на территорию Республики Казахстан особо опасных инфекций проводится работа по развертыванию сети и укреплению материально-технической базы санитарно-карантинных пунктов в местах пересечения государственной границы. На сегодняшний день развернуто 43 санитарно-карантинных пункта.

Необходимо отметить, что в целом Государственная санитарно-эпидемиологическая служба республики в связи с принятием нового Закона Республики Казахстан «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» и проведенными мерами по реформированию получила мощный импульс для дальнейшего совершенствования деятельности по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия населения в стране. Необходимые полномочия для этого новым законом предоставлены.

СОСТОЯНИЕ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СТОЛИЦЫ КАЗАХСТАНА

ДИРЕКТОР ДЕПАРТАМЕНТА
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ГОРОДА АСТАНЫ
Мажит Зейнуллоевич
Шайдаров



Город Астана, столица Республики Казахстан, – это современный, быстрорастущий город, географически являющийся центром, связывающим Европу и Азию.

История новой столицы независимого Казахстана берет свое начало с создания Акмолинского округа в июне 1830 года. С 1835 года крепость стала называться Акмолинской казачьей станицей, а в 1862 году получает статус города. В 1869 году в связи с образованием одноименной области с центром в Омске Акмолинск становится уездным городом и делится на 4 части. Было в нем 169 кварталов, 56 улиц и 4 площади, проживало 20 тыс. человек.

Быстрому росту Акмолинска способствовало его выгодное географическое положение. Город расположен на севере Сары-Арки, на берегу реки Есиль. Подключение к железнодорожной магистрали страны вызвало развитие в городе и крае различных отраслей промышленности, превратило Акмолинск в крупнейший транспортный узел. Он становится центром одноименной области.

В годы Великой Отечественной войны Акмолинск благодаря транспортным связям сыграл важную роль в формировании воинских частей и соединений. Сюда эвакуировались предприятия и население из прифронтовых территорий страны, здесь размещались эвакуогоспитали с тысячами раненых.

Новый импульс в развитии дала «целинная эпопея». В 1961 году Акмолинск был переименован в Целин-

ноград, который стал центром целинного края. Началось интенсивное развитие инфраструктуры. Значительные успехи были достигнуты в области образования, здравоохранения, культуры. Медицинскую помощь горожанам оказывали 64 лечебно-профилактических учреждения.

В 1992 году, в первый год независимости Республики Казахстан (РК), городу возвращено исконное название – Акмола, что означает белое изобилие. 10 декабря 1997 года Указом Президента РК город Акмола объявлен столицей нашего государства. Свое нынешнее название Астана носит с 6 мая 1998 года.

Астана – это самая молодая столица мира, и не случайно к ее обустройству на новом месте привлечено внимание деловых и научных кругов многих стран мира. В 1998 году был проведен международный конкурс на разработку Генерального плана развития города. В конкурсе и разработке плана развития новой казахстанской столицы приняли участие видные архитекторы и творческие мастерские многих стран, в основе же Генерального плана лежит победившая на конкурсе идея видного японского архитектора Кисе Курокавы, согласно которой в новом городе должны сочетаться красота Европы и утонченность Востока.

Важнейшим этапом развития Астаны стала ее международная презентация мировому сообществу, состоявшаяся 10 июня 1998 года.

За прошедший период Астана вступила в международную ассоциацию свободных экономических зон WEPESA, подписала ряд соглашений о побратимстве и о долговременном торгово-экономическом и культурном сотрудничестве с рядом столиц и крупных городов мира. Налажены крепкие деловые связи Астаны с Москвой и другими городами России.

Передислокация столицы и ее становление дали экономике города мощный позитивный импульс развития. В кратчайшие сроки городским властям удалось решить проблемы тепло-, водо-, энергоснабжения, улучшить санитарное и медицинское обслуживание, наладить уровень социальной инфраструктуры.

Масштабы преобразования в г. Астане коснулись также и системы здравоохранения. Городское управление здравоохранения г. Астаны было организовано в 1998 году на базе отдела здравоохранения акимата, затем реорганизовано в декабре 2000 года в департамент здравоохранения. В 1999 году в городе создан ряд специализированных служб, таких, как психиатрическая, онкологическая, противотуберкулезная, наркологическая, центры крови, медико-социальной реабилитации (для больных с наркопатологией), болезней, передаваемых половым путем, профилактики и борьбы со СПИДом. В 2000 году городской перинатальный центр и городская детская больница №1 получили статус ЮНИСЕФ «Больница дружелюбного отношения к ребенку». В этом же году созданы республиканские медицинские организации: Казахский научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии, республиканские госпитали Министерства обороны РК и инвалидов, ветеранов Великой Отечественной войны. В 2001 году начала функционировать Республиканская клиническая больница.

Система здравоохранения столицы представлена 32 медицинскими организациями, из которых 13 стационаров, 12 амбулаторно-поликлинических организаций различных форм собственности, 5 центров, станций скорой медицинской помощи и др. (1998 год – 14 лечебно-профилактических организаций). Косечный фонд лечебных организаций города с учетом ведомственных коек составил в 2002 году 2732 койки (1998 год – 1800 коек).

Кроме того, медицинская помощь населению города оказывается 6 ведомственными и 3 республиканскими лечебными организациями. На базе городских медицинских организаций открыто 8 филиалов республиканских научно-исследовательских институтов и центров. Ежегодно более 3,5 тыс. горожан получают лечение в различных НИИ и научных центрах РК. В городе функционируют открытые в 1999–2000 годах 8 семейно-врачебных амбулаторий, из которых 3 имеют частную форму собственности.

Дальнейшее развитие получил негосударственный сектор здравоохранения. Более 100 юридических и физических лиц оказывают различный спектр амбулаторно-поликлинической помощи (1998 год – 35), из них 15 выполняют государственный заказ на различные виды медицинских услуг.

В департаменте здравоохранения имеется отдел координации деятельности лечебно-профилактических организаций и лицензирования, где проводится предлицензионный и постлицензионный контроль за медицинскими организациями независимо от формы собственности. Согласно постановлению Правительства РК №767 от 7 июня 2001 года «Об утверждении Правил лицензирования медицинской и врачебной деятельности» лицензиатом является Министерство здравоохранения РК. Проверка деятельности организаций частной формы собственности проводится согласно плану после регистрации в Центре правовой статистики и информации прокуратуры г. Астаны комиссией, в состав которой входят специалисты департамента здравоохранения, санитарно-эпидемиологического надзора и управления фармацевтического контроля.

За период с 1998 года идет постоянное увеличение численности врачей и среднего медицинского персонала. Показатель обеспеченности врачами составил в 2002 году 54,4 на 10 тыс. населения и средним медицинским персоналом – 68,0 на 10 тыс. населения. В настоящее время в подведомственных Департаменту здравоохранения лечебных организациях работают более 5 тыс. человек, из них 1234 врача и 2038 медицинских сестер. (1998 год – 3463, из них врачей – 883). Из общего количества работающих 50% врачей и 46% медицинских сестер имеют квалификационные категории.

В основе совершенствования системы здравоохранения лежит развитие нормативного правового обеспечения охраны здоровья народа.

Конституция РК (1995 год) закрепила обеспечение права на охрану здоровья и бесплатное получение гарантированного объема медицинской помощи, на защиту и поддержку государством брака и семьи, материнства, отцовства и детства, социальную защиту в случае старости, болезни, инвалидности.

Основой для дальнейшего законодательного обеспечения деятельности системы здравоохранения стал Закон РК «Об охране здоровья граждан РК» (1997 год), в соответствии с которыми принципами государственной политики в области охраны здоровья граждан определялись приоритеты в обеспечении государственных гарантий и соблюдения прав граждан, доступности, преемственности, бесплатности в рамках гарантированной ответственности за их реализацию, социальной защищенности граждан в случае утраты здоровья, социальной справедливости и равенства в получении медицинской помощи в рамках гарантированного объема медицинской помощи.

Закон «Об охране здоровья граждан РК» стал своеобразной конституцией для разработки дальнейших нормативных правовых актов в области здравоохранения. В соответствии с этим Законом была разработана государственная программа «Здоровье народа», подпрограммы охраны материнства и детства, борьбы с туберкулезом, профилактике СПИДа и др.

В Законе РК «О системе здравоохранения» здоровье отнесено к факторам обеспечения национальной безопасности, в ранг государственной политики возведены регулирование и контроль в обеспечении охраны здоровья граждан на протяжении всей жизни, пропаганда здорового образа жизни.

В данный момент в Парламенте в работе находятся три законопроекта, определяющих охрану здоровья граждан РК: «О репродуктивных правах и гарантиях их осуществления», «О лекарственных средствах», «О профилактике йоддефицитных заболеваний».

Стратегией развития РК «Казахстан-2030: процветание, безопасность, улучшение благосостояния всех казахстанцев» государство определило одним из основных долгосрочных приоритетов здоровье и благополучие граждан, включая активную демографическую политику, формирование здорового образа жизни, целенаправленную экологическую политику, институциональные преобразования системы здравоохранения



и формирование рынка медицинских услуг, развитие медицинской науки и медицинского образования.

В ежегодном Послании Президента народу Казахстана от 4 апреля 2003 года поручено Правительству разработать программу, включающую увеличение рождаемости, снижение смертности за счет системы здравоохранения.

Реализация нормативного правового обеспечения системы здравоохранения будет способствовать дальнейшему улучшению состояния здоровья всего населения, процветанию и повышению благосостояния народов Казахстана.

Согласно постановлению Правительства РК № 135 от 27 января 2000 года «О гарантированном объеме бесплатной медицинской помощи» за счет средств республиканского и местного бюджетов, т.е. бесплатно для пациента, оказываются следующие виды медицинской помощи: первичная медико-санитарная помощь (ПМСП); консультативно-диагностическая помощь, осуществляемая специализированными амбулаторно-поликлиническими организациями, по направлению специалистов первичной медико-санитарной помощи; прикрепленному населению; стоматологическая помощь детям до 18 лет, кроме ортопедической помощи, беременным женщинам и пациентам с острой зубной болью; физиотерапевтическая помощь детям до 18 лет; оказание скорой и неотложной помощи; стационарная медицинская помощь: экстренная, плановая помощь по направлению ПМСП; оказание медицинской помощи при заболеваниях, возникающих в экстренных и чрезвычайных ситуациях; оказание помощи ВИЧ-инфицированным больным. Все остальные виды медицинских услуг и диагностики, не вошедшие в гарантированный объем бесплатной медицинской помощи, оказываются на платной основе.

В динамике отмечается совершенствование финансирования системы здравоохранения города. Финансирование по здравоохранению города с 1998 года по 2003 год возросло в 6 раз – с 407,9 млн. тенге в 1998 году до 2453,4 млн. тенге в 2003 году, в том числе: заработная плата – в 7,4 раза, расходы по приобретению питания – в 8 раз, по приобретению медикаментов – в 12,2 раза, по централизованной закупке оборудования – в 2,7 раза, по капитальному ремонту – в 7,2 раза, на льготное лекарственное обеспечение и бесплатное зубопротезирование – в 1,4 раза.

Департаментом здравоохранения г. Астаны проводится работа по дальнейшему совершенствованию материально-технической базы медицинских организаций. Проведен капитальный ремонт в 22 из 30 лечебно-профилактических организаций. Проводятся централизованные закупки и поставка оборудования для лечебно-профилактических организаций города. Так, в 2000 году приобретено оборудование на сумму 63,1 млн. тенге, в 2001 году – 111,0 млн. тенге, в 2002 году – 68,9 млн. тенге. В течение 2000–2001 годов за счет привлечения иностранных грантов на сумму более 11 млн. долл. США и средств городского бюджета значительно улучшилась оснащенность больниц современным медицинским оборудованием. Так, по гранту государств Японии, Китая приобретено обо-

рудование для городских детских больниц и родильных домов на сумму 1385,4 млн. тенге. В текущем году за счет гранта государства Японии (450 млн. тенге) для городской станции скорой и неотложной медицинской помощи получены 23 санитарные автомашины, оснащенные аппаратурой, радиофицированные, с ремонтной базой.

Лекарственное обеспечение населения и медицинских организаций г. Астаны осуществляют 290 юридических и физических лиц, имеющих лицензию на фармацевтическую деятельность (1998 год – 110 организаций). Показатель обеспеченности аптечными организациями составляет 5,0 на 10 тыс. населения (по РК – 4,0).

Основным источником финансирования закупок лекарственных средств для лечебно-профилактических организаций является местный бюджет. Из года в год значительно увеличиваются средства, выделяемые на эти цели. Так, если в 1999 году для закупок лекарственных средств было выделено 116 млн. тенге, то в 2003 году эта сумма составила 441,8 млн. тенге.

С целью создания здоровой конкурентной среды среди фармацевтических предприятий закупки лекарственных средств осуществляются на конкурсной основе в соответствии с Законом РК «О государственных закупках» (2002 год). Значительная часть лекарственных средств для обеспечения населения поступает по централизованному республиканским закупкам: так, в 2002 году их объем составил 28,4% от общего объема. По линии централизованных закупок поступают противотуберкулезные препараты, диализаторы с расходными материалами, лекарственные средства для больных, перенесших операцию по пересадке почки, противодиабетические препараты, химиопрепараты для лечения онкологических больных.

Лекарственное обеспечение отдельных категорий населения по видам заболеваний осуществляется на основании постановления Правительства РК от 05.05.2000 №674 «О мерах по обеспечению лекарственными средствами по видам заболеваний и специализированными продуктами питания отдельных категорий населения». В 2003 году для данного вида лекарственного обеспечения было выделено 28,47 млн. тенге (в 1999 году – 5,8 млн. тенге).

В соответствии с решением акима г. Астаны правом получения лекарственных средств на льготных условиях при амбулаторном лечении пользуются бесплатно – инвалиды и участники Великой Отечественной войны и лица, приравненные к ним; с оплатой 20% от стоимости – пенсионеры, получающие пенсии за особые заслуги перед РК. В 2003 году пользуются данной льготой 3200 человек, для этого выделено 9,7 млн. тенге.

По инициативе акимата города в декабре 2001 года к 10-летию независимости РК была открыта благотворительная аптека. Через благотворительную аптеку осуществляется отпуск лекарственных средств по рецептам врачей малоимущим слоям населения: пенсионерам, инвалидам, многодетным семьям и безработным. Решение о праве больного на бесплатное получение лекарств выдается Фондом по поддержке малообеспеченных граждан города. По состоянию на 1 июня 2003 года благотворительная аптека обслужила 6500 человек, отпущено лекарственных средств на сумму 6,5 млн. тенге.



Контроль над качеством и безопасностью реализуемых лекарственных средств на территории города осуществляет Управление фармацевтического контроля. Сертификацию лекарственных средств на территории города проводит территориальный филиал Национального центра экспертизы лекарственных средств изделий медицинского назначения и медицинской техники.

В связи с переносом столицы с 1998 года произошло увеличение численности населения с 275,3 тыс. до 502,0 тыс. человек (на 01.01.2003). Такой отметки планировалось достичь лишь к 2008 году. Отмечается тенденция роста рождаемости с 10,35 на 1000 населения в 1999 году до 11,1 в 2002 году. За последние годы, начиная с 1998 года, идет снижение смертности населения Астаны с 11,0 на 1000 населения до 6,8 в 2002 году. Таким образом, в результате стойкого снижения смертности и некоторого увеличения рождаемости показатель естественного прироста населения увеличился с 1,2 на 1000 населения в 1998 году до 4,2 в 2002 году.

Одним из важных направлений деятельности Департамента здравоохранения является разработка целевых комплексных программ по отдельным медико-социальным вопросам. В течение 1998–2002 годов было разработано более 10 программ, утвержденных решениями акима города. Ряд программ, таких как «О реструктуризации первичной медико-санитарной помощи в г. Астане», «Борьба с туберкулезом в г. Астане на 1998–2002 годы», «Программа по профилактике и контролю болезней, передаваемых половым путем, г. Астаны на 1999–2002 годы», «Программа организации и проведения Года здоровья в г. Астане на 2002 год» завершены. Продолжается реализация программ «Здоровье населения г. Астаны на 1999–2003 годы», «Неотложные меры по противодействию эпидемии ВИЧ-инфекции на территории г. Астаны на 2002–2005 годы», «Формирование здорового образа жизни в г. Астане на 2002–2005 годы».

В результате проделанной работы, выполнения плана мероприятий вышеуказанных программ удалось добиться положительной динамики в показателях здоровья населения города. Реализация программ Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), таких, как планирование семьи, грудное вскармливание, профилактика диарейных инфекций и оральная регидратация, профилактика вирусных инфекций, ДОТС, также позволила улучшить качественные показатели служб системы здравоохранения.

За последние 5 лет снижены показатели младенческой смертности в 1,2 раза (с 20,2 на 1000 родившихся живыми в 1998 году до 16,5 в 2002 году), материнской смертности – в 6,6 раза (с 115,8 на 100 тыс. живорожденных до 17,6 соответственно).

В динамике наблюдается тенденция снижения уровня заболеваемости.

Так, общая заболеваемость составила 94 750,6 на 100 тыс. населения в 1998 году против 74 888,5 в 2002 году и, соответственно, снижение заболеваемости с первые в жизни установленным диагнозом с 58 379,2 на 100 тыс. населения в 1998 году до 45 512,2 в 2002 году.

Имеет место снижение уровня заболеваемости социально значимыми болезнями. Показатель заболеваемости туберкулезом составил 162,8 на 100 тыс. населения в 2002 году против 195,1 в 1998 году, наркопатологией (335,4 против 558,2 соответственно), злокачественными новообразованиями (176,7 против 267,5 соответственно), психическими болезнями (181,5 против 260,7 соответственно).

Число абортос снижено с 30,9 на 1000 женщин фертильного возраста в 2000 году до 28,3 в 2002 году. Показатель исключительно грудного вскармливания до 6 месяцев составил 86,4%. Значительно снизилась смертность детского населения от управляемых инфекций. Заболеваемость острыми кишечными инфекциями детей первого года жизни снизилась с 175,2 на 1000 детей первого года жизни до 80,3 соответственно, вирусными инфекциями – с 1172,9 до 983,3 соответственно. В городе не возникали случаи массовых инфекционных заболеваний.

В лечебно-профилактических организациях города активно внедряются новые технологии. Так, идет широкое применение гипербарической оксигенации, лазеротерапии, иглорефлексотерапии, озонотерапии. Интересен опыт определения уровня креатинкиназы, аминотрансфераз в ликворе с целью диагностики отека головного мозга у детей в детской инфекционной больнице. Развивается пластическая, эндоскопическая хирургия, применяются новые методики хирургических вмешательств, используются новые виды шовного материала. Так, в городской клинической больнице №1 с 2000 года произведены 452 трансуретральные резекции при заболеваниях предстательной железы, проводится хирургическое лечение больных с гормонально активными опухолями надпочечников. Внедрен холтеровский мониторинг при артериальной гипертонии в кардиологии. В акушерско-гинекологической практике используются клинические протоколы по охране репродуктивного здоровья для врачей и акушеров организаций ПМСП, разработанные Республиканским центром охраны здоровья матери и ребенка. С мая 2003 года на станции скорой медицинской помощи внедрен программный комплекс автоматизации диспетчерской службы.

В департаменте здравоохранения функционирует телефон доверия для обратной связи с населением и постоянного мониторинга качества оказываемой медицинской помощи.

В медицинских организациях города вводится система персонифицированного учета каждого жителя Астаны. На основании данной карточки проводится кодирование каждого жителя города, в компьютерную базу данных вводится вся информация о больном: возраст, место жительства, перенесенные заболевания, начиная с момента рождения, факт стационарного или амбулаторного лечения, состояние здоровья на настоящий момент. Житель города, имеющий данную карточку, сможет получить медицинскую помощь в любой городской лечебно-профилактической организации.

В целях реализации Послания Президента народу «Казахстан-2030» и городской программы «Формирование здорового образа жизни в г. Астане на



2002–2005 годы» постановлением акимата города был создан Центр формирования здорового образа жизни (ЦФЗОЖ). Служба ФЗОЖ состоит из 5 центров укрепления здоровья (ЦУЗ) и организаторов ЗОЖ лечебно-профилактических организаций. Деятельность ЦУЗов направлена на работу среди территориально прикрепленного населения, например, оказывается консультативная помощь желающим бросить курить, помощь людям, страдающим сахарным диабетом. ЦФЗОЖ работает по программам ВОЗ: «Здоровые университеты», «Здоровые колледжи», «Здоровые школы», «Здоровые рабочие места», «Здоровые города».

Под председательством заместителя акима города функционирует городской Координационный совет по формированию здорового образа жизни, в состав которого вошли руководители предприятий, учреждений и других организаций города.

Согласно плану работы ежемесячно проводятся месячники и декадни по профилактике социально значимых заболеваний и вредных привычек, акции, приуроченные к международным дням борьбы с табакокурением, наркоманией, со СПИДом. Об эффективности проводимой ежегодно международной кампании «Брось курить и выиграй!» свидетельствует растущее число участников, желающих бросить курить, в этом году оно достигло 3217 человек. По пропаганде ЗОЖ ежегодно проводится широкомасштабная республиканская акция «Фестиваль здоровья». Данная акция предполагает одновременное проведение по всей стране «Часа физической активности» с охватом более 4 млн. человек. Во время этих мероприятий транслируются видеоролики, кинофильмы на местном телеканале. Выпускаются информационно-наглядные материалы для населения: плакаты, брошюры, листовки и т.д.

В программе ФЗОЖ активно участвует медицинский центр негосударственной формы собственности «Дом здоровья», который обеспечивает медицинскую помощь спортсменам города, занимается вопросами их медицинской реабилитации.

Департамент здравоохранения уделяет большое внимание совершенствованию взаимопонимания между странами дальнего и ближнего зарубежья по вопросам здравоохранения. Проводятся международные научно-практические конференции с участием ведущих ученых Казахстана и ближнего зарубежья. Медицинские учреждения города работают в тесном контакте с международными организациями под девизом «Партнерство во имя мира». Основная задача партнерства: изменение отношения людей к вопросам охраны здоровья, налаживание контактов между медицинскими учреждениями и обществом, направленных на создание эффективных программ и служб в здравоохранении. Так, Американский международный союз здравоохранения (АМСЗ) при финансовой поддержке Агентства США по международному развитию (ЮСАИД) начал программу партнерства между лечебными учреждениями Астаны (Казахстан) и Питтсбурга (штат Пенсильвания). В июле 1999 года был подписан мемо-

рандум о взаимопонимании с акимом г. Астаны, основной целью которого является создание модельной семейной врачебной амбулатории (МСВА), предоставляющей интегрированные медицинские и социальные услуги жителям обслуживаемого участка. При МСВА «Демеу» работают различные клубы и центры, оказывая населению медицинскую, психологическую, социальную помощь. Клуб «Достойная старость» помогает решить проблемы ухода за людьми пожилого возраста, клуб «Доверие» помогает подросткам в решении психологических и возрастных проблем, пункт для наркопотребителей и работников коммерческого сектора «Мы доверяем друг другу» ведет работу с людьми, решившими избавиться от пагубных привычек, клубы «Здоровые родители – здоровое потомство», «Безопасное детство» работают с семьями, испытывающими трудности в общении с детьми, в их воспитании, а также кризис в отношениях.

Большую помощь медицинским работникам в организации работы с населением оказывают неправительственные организации «Умай», «Жария», «Молодые юристы», Ассоциация деловых женщин и др. путем изучения нужд и потребностей населения данного региона, консультаций и оказания помощи наркоманам, подросткам-токсикоманам, людям с ограниченными возможностями, детям-сиротам, проводя психологические консультации, образовательные услуги, медицинские услуги, тренинги. Центр социальной адаптации детей с ограниченными возможностями впервые в республике занимается реабилитацией и обучением детей-инвалидов, ранее проводившими всю свою жизнь в стенах дома. Кардиологический центр «Жансая» объединяет людей, страдающих заболеваниями сердечно-сосудистой системы, помогая им преодолевать трудности, возникшие вследствие недуга.

Дальнейшее развитие сотрудничества медицинских работников и представителей международных организаций открывает широкие возможности для решения проблем здоровья населения, пропаганде здорового образа жизни.

Вместе с тем в связи с динамичным развитием новой столицы, стремительным ростом численности населения, расширением ее границ возник ряд проблем перед здравоохранением города, требующих неотложного решения.

В рамках реализации Программы развития сети здравоохранения столицы из средств местного бюджета в 2004–2006 годах, учитывая быстрый рост населения, предусмотрено строительство трех детских поликлиник на 150 посещений в смену каждая, двух территориальных взрослых поликлиник на 350 посещений в смену каждая, диагностического центра на 500 посещений в смену, многопрофильного стационара на 360 коек, детской молочной кухни. Из республиканского бюджета выделены средства на строительство городского перинатального центра на 350 коек с женской консультацией на 250 посещений в смену, научно-исследовательского института скорой медицинской помощи на 240 коек с 5 подстанциями в городе Астане.



Таким образом, в городе Астане проводится целенаправленная работа по реформированию системы здравоохранения, оптимизации сети лечебных организаций, развитию многоуровневой и многоукладной медицины.

Проведение Года Казахстана в России в отношениях двух стран подчеркивает заинтересованность друг в друге, понимание и уважение к проблемам и потребностям партнера. Президент РК Н. Назарбаев считает данный период в истории страны временем надежды и уникального шанса для Казахстана. На данном этапе во ис-

полнение Соглашения между Правительством Москвы Российской Федерации и акиматом Астаны РК о сотрудничестве в торгово-экономической, научно-технической и гуманитарно-культурной областях от 20 июня 2000 года и плана мероприятий по его реализации на 2003–2004 годы от 22 апреля 2003 года рассматривается Соглашение между департаментами здравоохранения двух столиц о сотрудничестве в области здравоохранения, что будет способствовать дальнейшему сохранению, укреплению и развитию взаимоотношений наших стран.

О СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ АЛМАТЫ

НАЧАЛЬНИК
ДЕПАРТАМЕНТА
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ГОРОДА АЛМАТЫ
Василий Николаевич
Девятко



Точкой отсчета основных усилий по сохранению и укреплению здоровья народа и развитию системы здравоохранения стал 1991 год, когда была провозглашена независимость Республики Казахстан.

Здравоохранение Алматы все эти годы развивалось последовательно и стабильно, формировало новые подходы к управлению и финансированию системы, повышению реальной доступности медицинской помощи. Вопреки всем трудностям обеспечивалось эффективное функционирование системы охраны здоровья жителей Алматы и конституционное право жителей города на бесплатный гарантированный объем медицинской помощи.

Алматы является самым крупным городом Республики Казахстан, относительно молодым, в 2004 году он отметит 150-летие. С 1927 года до июня 1998 года это – столица страны. С 1 июля 1998 года Алматы присвоен статус города республиканского значения и предоставлены особые права по распоряжению коммунальной собственностью, государственными пакетами акций предприятий, зарегистрированных на территории города, и другие.

С 1936 года в городе в целях повышения оперативности управления 5 раз проводилось районирование города, сейчас он представлен 6 административными районами – Алмалинским, Ауэзовским, Бостандыкским, Жетысуским, Медеуским и Турксибским.

С переносом столицы республики в Астану город не потерял свою значимость, сохраняет позиции фи-

нансового, научного и культурного центра республики. Алматы расположен в предгорьях Заилийского Алатау, с трех сторон окружен цепью гор, это определяет его климатические и экологические особенности.

Динамика основных экономических индикаторов Алматы с 1995 года позитивная. Объем производства промышленной продукции (работ, услуг) в действующих ценах этих лет возрос в 2,5 раза, инвестиции в капитальное строительство – в 2 раза, нарастают объемы экспорта и импорта, размер среднемесячной заработной платы.

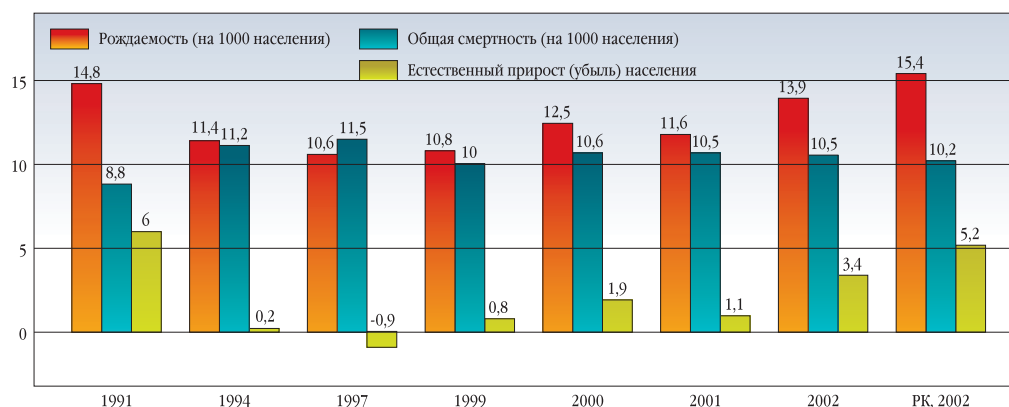
На территории Алматы проживает около 9% общей численности населения Казахстана (табл.1), последние годы в структуре населения нарастает доля детей и подростков, что говорит о реальных перспективах пополнения трудового потенциала.

С 1997 года формируются позитивные сдвиги в демографических процессах. Растет рождаемость населения, стабилизировалась общая смертность, естественная убыль населения сменилась приростом (рис. 1). Последовательно снижается первичный выход на инвалидность. На фоне роста общей и первичной заболеваемости населения города (рис. 2) достигнуто снижение заболеваемости инфекционными и паразитарными болезнями, прежде всего вакциноуправляемыми инфекциями.

Состояние здоровья населения Алматы в сравнении с показателями здоровья населения республики характеризуется относительно низким уровнем рождаемости и естественного прироста, стабильным уровнем общей смертности населения, большей средней продолжительностью жизни. Уровень первичной заболеваемости населения Алматы в целом, в том числе по классам болезней эндокринной, нервной систем, органов дыхания, мочеполовой системы и врожденным аномалиям, занимает первое ранговое место среди других областей Казахстана.

Для Алматы характерны и признаки мегаполиса – более высокие уровни смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, злокачественных новообразований, травм и отравлений. С учетом высокой

1



ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЕСТЕСТВЕННОГО ДВИЖЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ АЛМАТЫ

Таблица 1
ОСНОВНЫЕ СВЕДЕНИЯ О РЕСПУБЛИКЕ
КАЗАХСТАН И АЛМАТЫ

Показатели	Алматы 2002	Казахстан 2002
Население, в тыс. человек	1136,1	14820,9
Население в возрасте 0–14 лет, в %	21	28,7
Население в возрасте 15–17 лет, в %	5,4	5,5
Население в возрасте 18 и старше, в %	73,5	65,8
Площадь, тыс. кв. км	0,3	2724,9
Плотность населения, чел./кв. км	3787	5,4

Таблица 2
НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ
СМЕРТНОСТИ И ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ
НАСЕЛЕНИЯ КАЗАХСТАНА И АЛМАТЫ
(НА 100 ТЫС. НАСЕЛЕНИЯ)

Показатели	Алматы	Казахстан
Смертность населения от болезней ССС	581,3	494,6
Смертность населения от злокачественных новообразований	161,8	129,5
Смертность населения от травм и отравлений	157,4	146,6
Заболеваемость туберкулезом	67,9	155,7
Заболеваемость сифилисом	157,8	140,6
Заболеваемость наркологическими расстройствами	366	342,7

миграции населения – напряженная ситуация по туберкулезу (табл. 2), болезням, передающимся половым путем, и ВИЧ-инфекции.

Наиболее распространенными причинами госпитализации жителей города являются травмы и отравления, болезни органов дыхания, инфекционные и паразитарные заболевания. По республике в целом структура госпитализированной заболеваемости иная, на 1-м ранговом месте болезни органов дыхания, на 2-м – инфекционные и паразитарные заболевания, на 3-м – болезни органов пищеварения, травмы и отравления.

Социальное благополучие общества характеризуется ожидаемая продолжительность предстоящей жизни при рождении (табл. 3).

Падение продолжительности жизни населения Алматы, имевшее место до 1996 года, было характерно и для республики в целом и было вызвано общим снижением медико-демографических показателей. В этот период прирост населения сменился его убылью, нарастала заболеваемость социально зависимыми болезнями.

С 1998 года наметилась тенденция роста средней продолжительности предстоящей жизни как по Алматы, так и по Казахстану. Динамика таких интегрированных показателей, как младенческая и материнская смертность, характеризующих состояние здоровья жителей города, показана на рисунке 3.

Одним из основополагающих принципов охраны здоровья населения города является принцип развития здравоохранения в соответствии с потребностями населения, который является определяющим при реструктуризации системы городского здравоохранения. Реформирование сети осуществлялось по трем основным направлениям:

- переориентация сети в направлении развития и повышения доступности ПМСП;
- создание социально ориентированных медицинских организаций и структур;
- создание конкурентной среды организаций здравоохранения по предоставлению медицинских услуг за счет приватизации ряда государственных медицинских организаций и содействия в создании субъектов малого и среднего бизнеса.

В городской системе в настоящее время функционирует 71 государственная медицинская организация, в том числе 46 оказывают амбулаторно-поликлиническую



2



ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ АЛМАТЫ (НА 1000 НАСЕЛЕНИЯ)

Таблица 3

ОЖИДАЕМАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ НАСЕЛЕНИЯ В АЛМАТЫ

Пол	1990	1995	1996	1998	2000	2001
Мужчины и женщины	68,6	64,9	64	64,4	65,4	65,6
Мужчины	63,8	59,7	58,5	59	59,8	60,3
Женщины	73,1	70,4	70	70,4	71,3	71,2

помощь. Организованы уникальные по своей значимости медицинские организации – больница сестринского ухода, хоспис. Созданы и успешно работают реабилитационный центр для наркобольных, отделение принудительного лечения больных туберкулезом, отделение долечивания для больных, перенесших инсульты и инфаркты миокарда, лечебно-диагностический центр современных медицинских технологий, расширена сеть детских санаториев.

Конкурирующая среда, представленная постоянно развивающимся негосударственным сектором, начала свое становление в городе с 1993 года (рис. 4). За это время число объектов малого и среднего бизнеса выросло более чем в 20 раз. Приватизирован ряд медицинских организаций – стоматологические поликлиники, косметологическая лечебница, врачебно-физкультурный диспансер, хозрасчетные поликлиники. Число зарегистрированных негосударственных структур и частнопрактикующих врачей составляет 947, из которых действующими на данный момент являются 577 (61%). Авторитет у населения специалистов частного сектора нарастает.

Кроме того, наиболее высокоспециализированную медицинскую помощь жителям оказывают действующие в городе республиканские клиники, научно-исследовательские институты и центры.

Для укрепления материально-технической базы медицинских организаций ежегодно выделяются значительные средства на капитальный ремонт и реконструкцию помещений. Благодаря целенаправленному развитию сети и материально-технической базы организаций здравоохранения обеспечивается высокая доступность всех видов медицинской помощи (табл. 4).

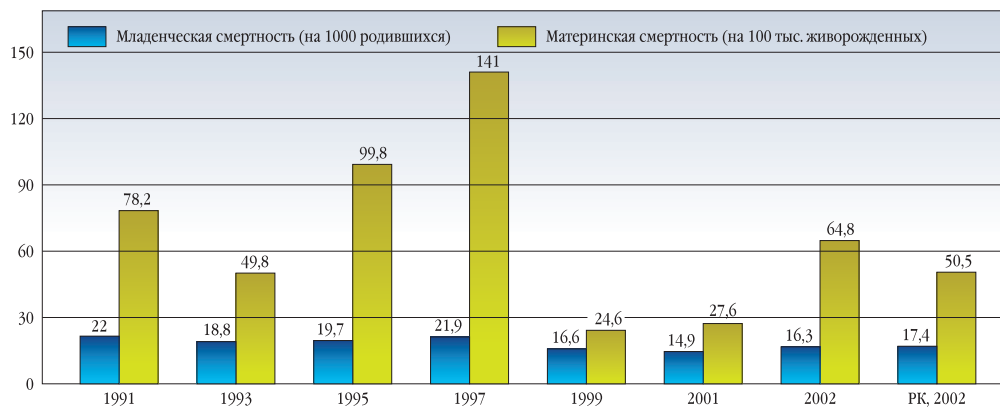
Сокращение плановой мощности амбулаторно-поликлинических организаций не привело к снижению доступности помощи по показателю «число посещений на 1 жителя». При сокращении дорогостоящей госпитальной базы оказывается помощь большему числу стационарных пациентов.

С 1999 года кардинально изменены подходы к финансированию медицинских организаций. Осуществлен переход от сметной системы финансирования к финансированию деятельности медицинских организаций за объем и качество медицинских услуг. Финансирование первичной медико-санитарной помощи осуществляется по подушевому нормативу, специализированной амбулаторно-поликлинической помощи – по установленному тарифу за услуги, стационаров – по клинко-затратным группам, то есть числу пролеченных по категориям сложности. Обеспечивается размещение государственного заказа на оказание гарантированного объема бесплатной медицинской помощи на условиях открытого конкурса, то есть через конкуренцию качества и стоимости услуг. Сметное финансирование сохранено только для медицинских учреждений (инфекционные клиники, противотуберкулезная служба, Центр СПИДа, дома ребенка).

В здравоохранении Алматы система государственного заказа на обеспечение гарантированного объема бесплатной медицинской помощи внедрена с 1999 года. После отмены обязательного медицинского страхования обеспечение прав граждан на получение гарантированного объема бесплатной медицинской помощи гражданам надлежащего качества стало прерогативой администратора бюджетных программ – департамента здравоохранения города



3



ДИНАМИКА МЛАДЕНЧЕСКОЙ И МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ АЛМАТЫ

и Алматинского городского филиала республиканского государственного коммунального предприятия «Денсаулық».

Кроме того, стал возрастать объем финансирования отрасли, что позволило сокращать разрыв между потребностью в финансовом покрытии гарантированного объема бесплатной медицинской помощи в рамках госзаказа и фактическим финансированием.

Таким образом, изменение системы финансирования гарантированного объема бесплатной медицинской помощи населению, основанное на оплате конечных результатов работы и создании конкурентной среды между медицинскими организациями при получении права на реализацию государственного заказа, привело за относительно небольшой промежуток времени к позитивным изменениям в организации медицинского обслуживания населения. Динамика затрат на охрану здоровья жителей Алматы с 1994 года города положительная.

С введением системы финансирования гарантированного объема бесплатной медицинской помощи в рамках государственного заказа позитивные изменения произошли и в службе охраны материнства и детства.

Служба реально стала приоритетно финансируемой, обновлена определенная часть медицинского оборудования, большая работа проведена в инновационном направлении. Разработан и реализуется План неотложных мероприятий по повышению качества помощи.

С учетом характерной для региона патологии обеспечивается профилактика и лечение железодефицитных состояний среди женщин детородного возраста и беременных, проводится выдача железосодержащих препаратов, полученных по линии ЮНИСЕФ и приобретаемых департаментом здравоохранения в рамках централизованного закупа, и как результат пораженность анемией беременных в течение 2002 года снижена с 40,5 до 34,3%. Обеспечивается и профилактика йоддефицитных состояний во время беременности. В практику женских консультаций внедрен обязательный осмотр беременных эндокринологом. Обеспечен централизованный закуп и направление в женские консультации йодсодержащих лекарственных препаратов. В родильных домах проводится скрининг новорожденных на гипотиреоз.

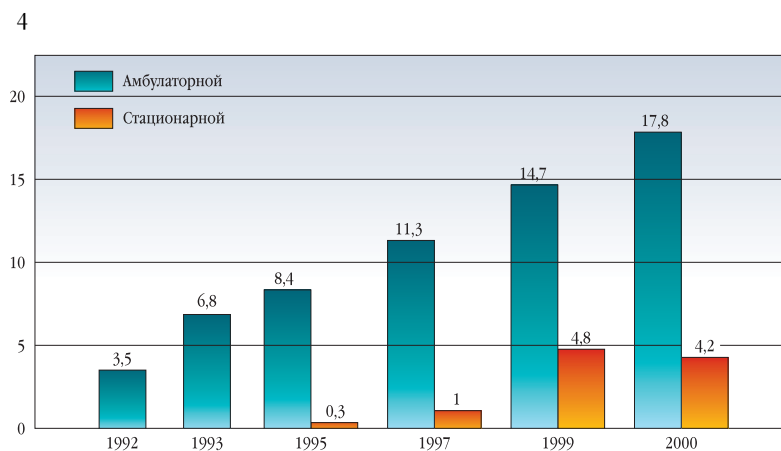
С целью улучшения качества антенатального наблюдения за беременными в рамках акции «Здоровая мать – здоровый ребенок» проведена презентация «Дневников домашних записей беременных», обеспечивается тиражирование и внедрение технологии дневникового наблюдения беременных за своим самочувствием. Как результат повышения качества наблюдения беременных в динамике за последние три года частота преждевременных родов снижена с 11,1 до 8,3%. Накопленный опыт выхаживания маловесных детей в родильных домах сделал реальной возможность перехода на критерии живорожденности ВОЗ.

В рамках проекта ЮНФПА и МЗ РК «Разработка политики и механизма управления в области репродуктивного здоровья» при поддержке Фонда народонаселения ООН в городе создан информационный центр «Доказательная медицина», осуществляющий внедрение основных принципов доказательной медицины в деятельность врачей, исследователей, организаторов здравоохранения, поиск, перевод, распространение результатов клинически контролируемых испытаний, информационную, методологическую помощь в разработке клинических протоколов для всех уровней здравоохранения. Основной целью данного проекта является обеспечение работников практического здравоохранения тщательно проверенной, объективной и постоянно обновляемой информацией в различных областях медицинской науки.

Обеспечивается реализация Программы планирования семьи, внедренной в Алматы с 1993 года. За это время число абортоснизилось в 3 раза, в 4 раза – аборты у женщин до 18 лет, в 3 раза – число абортоснизилось у женщин фертильного возраста. В динамике нарастает темп снижения числа криминальных абортоснизилось. Одним из главнейших результатов программы является рождение желанных детей, благодаря этому поток детей, поступающих в дома ребенка, уменьшился настолько, что встал вопрос о перепрофилировании одного из них в детский санаторий.

Обеспечивается реализация региональной программы «Профилактика заболеваемости и смертности от врожденных пороков развития и наследственных заболеваний». В результате внедрения программы в 2,6 раза снижено количество рождений детей с внутриут-





ДИНАМИКА ОБЪЕМА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ОКАЗЫВАЕМОЙ НЕГОСУДАРСТВЕННЫМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ АЛМАТЫ (в процентах)

Таблица 4

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДОСТУПНОСТИ ОСНОВНЫХ ВИДОВ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ АЛМАТЫ

Показатели	2000	2001	2002	РК, 2002
Плановая мощность амбулаторно-поликлинических организаций на 10 тыс. населения	137,3	138,7	135	135,6
Число посещений на 1 жителя в год	7,3	7,2	7,5	6,2
Обеспеченность населения больничными койками	46,2	46,7	46,1	66,6
Объем стационарной помощи на 100 жителей	15,2	15,9	15,5	16,3
Число лиц, обслуженных при выездах ССМП, на 1000 чел. населения	359	394	429,3	266,2
Обеспеченность населения аптечной сетью (кол-во розничных аптечных организаций на 10 тыс. населения)	4,5	4,5	4,5	4,4

робными пороками развития, в 2 раза – перинатальная смертность от ВПР, в 2 раза – количество мертворожденных и умерших до 1 года от ВПР.

В целях дальнейшей реализации политики охраны, поддержки и содействия практики грудного вскармливания при поддержке ЮНИСЕФ все роддома города сертифицированы как «Больницы дружелюбного отношения к ребенку».

Приоритетность развития первичной медико-санитарной помощи сопровождалась созданием смешанных поликлиник и наращиванием сети организаций. Активно внедрялись стационарозамещающие технологии помощи (табл. 5), благодаря этому без госпитализации ежегодно получают комплексное лечение свыше 70 тыс. больных, что составляет 41% от числа госпитализируемых на круглосуточное лечение.

За последние годы значительно сокращена коечная мощность стационаров. Обеспеченность населения койками снизилась с 79,5 до 46,2 на 10 тыс. населения (табл. 6), т.е. в 1,7 раза. При этом потребность в стационарной помощи обеспечивается за счет ее интенсификации и развития стационарозамещающих технологий. Показатели эффективности использования коечного фонда улучшились. Зна-

чительно вырос оборот койки (с 20,5 до 33 госпитализаций в год), ликвидирован сверхнормативный простой коек.

Принципиально изменены подходы к лекарственному обеспечению населения и медицинских организаций. Сеть аптечных организаций города в данное время представлена 8 внутрибольничными аптеками и 727 негосударственными аптеками, аптечными пунктами и киосками. Приобретение основных жизненно важных лекарственных средств осуществляется через проведение открытого конкурса на поставку, отдельных – исходя из анализа ценовых предложений фирм-поставщиков. Лекарственные средства по целевым программам «Диабет», «Туберкулез», «Йододефицит» закупаются централизованно за счет средств местного и республиканского бюджетов.

В организации лекарственного обеспечения населения обеспечивается реализация постановления Правительства РК №674 от 15.05.2000 г. «О мерах по обеспечению лекарственными средствами по видам заболеваний и специализированными продуктами детского и лечебного питания отдельных категорий населения», при этом значительно расширен ассортимент лекарственных средств для бесплатного отпуска больным и перечень нозологических форм, по которым медикаменты по рецеп-



Таблица 5

РАЗВИТИЕ СТАЦИОНАРЗАМЕЩАЮЩИХ ФОРМ ПОМОЩИ АЛМАТЫ

Показатели	1991	1998	1999	2000	2001	2002
Дневные стационары: число коек	449	456	480	482	481	515
Обеспеченность населения койками дневных стационаров (на 10 тыс. населения)	4,3	4,3	4,3	4,8	4,8	4,9
Стационары на дому	12293	26557	32711	34292	35456	36357

Таблица 6

ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ СТАЦИОНАРОВ АЛМАТЫ

Показатели	2000	2001	2002
Число коек	5260	5306	5258
Объем помощи (госпитализировано больных)	173459	181061	176449
Занятость койки (в днях)	348	356	344
Среднее число дней пребывания больного на койке	10,2	10	10,2
Летальность	1,7 (0,7 ¹)	1,6 (0,5 ¹)	1,4
Оборот койки	32,9	34,6	33,6
Простой койки	нет	-0,4	-0,4

¹ Дети.

там врачей отпускаются бесплатно (с 56 до 153 категорий населения, с 24 до 44 нозологических форм).

Здоровье жителей города – объект постоянного социального внимания акима города, подразделений акимата, городского маслихата, акимов районов. Благодаря этому проблемы охраны здоровья населения решаются комплексно, на межведомственном уровне. Основным программным документом, разработанным с учетом Закона РК «Об охране здоровья народа», Указа Президента РК «О первоочередных мерах по укреплению здоровья граждан в РК», Государственной программы «Здоровье народа», является региональная программа «Здоровье населения города Алматы», определившая стратегию развития здравоохранения города на перспективу. Реализация мероприятий программы медицинскими организациями идет достаточно активно, с выходом на ожидаемый результат эффективности. Позитивные результаты достигнуты по охвату иммунизацией и динамике заболеваемости населения инфекционными болезнями, в том числе туберкулезом, вакциноуправляемыми инфекциями. Достигнуто межсекторальное взаимодействие в вопросах борьбы с социально значимыми болезнями (табл. 7).

На данный момент здравоохранение города Алматы развивается в рамках реализации целого ряда долгосрочных, среднесрочных, комплексных и приоритетных целевых программ.

Ряд территориальных программ разработан и реализуется как региональный вариант республиканских программ. Это комплексная программа «Здоровый образ

жизни», программы «Профилактика и снижение травматизма населения города Алматы», «Противодействие эпидемии СПИДа в г. Алматы на 2001–2005 гг.», «Охрана здоровья матери и ребенка в Алматы на 2002–2006 гг.», «Диабет», «Профилактика йододефицитных расстройств среди населения города Алматы».

С учетом региональных проблем разработана и реализуется межведомственная «Программа по борьбе с туберкулезом в Алматы на 2001–2005 гг.», отраслевая программа «Планирование семьи». По решению сессии городского маслихата разработана и утверждена городская программа «Развитие и совершенствование скорой и неотложной медицинской помощи населению города Алматы на 2002–2007 годы».

Инновационная политика в деятельности департамента здравоохранения города Алматы является одним из четко обозначенных приоритетов все последние годы. Стимулируется и поддерживается оправданная инициатива медицинских организаций в вопросах внедрения новых передовых технологий организации и оказания помощи, применения современной лечебно-диагностической техники, апробации и использования оптимальных фармацевтических средств, научно-исследовательская работа, распространяется опыт, отработанный внутри системы. Совершенствуются подходы к стандартизации диагностики и лечения. Совместно с клиническими кафедрами КазНМУ только с начала текущего года осуществлено внедрение свыше 200 научных разработок, методик диагностических исследований и методов лечения. Перспективы развития инновационных технологий в здравоохранении очевидны. Инновационная деятельность медицинских организаций города имеет не только медицинский, но и социально-экономический эффект, позволяя в более короткие сроки восстанавливать трудоспособность больных, ускорять их социальную адаптацию, возвращать к жизни, при этом сокращая затраты медицинских организаций.

В рамках перемен, происходящих в здравоохранении города, развивается сестринское дело. В системе городского здравоохранения каждый 6-й специалист сестринского дела имеет продвинутое или высшее сестринское образование. Возможности этих специалистов по достоинству оценены практическим здравоохранением, и на сегодня они реализуют себя как заместители главных врачей по сестринскому делу, менеджеры школьных здравпунктов, оказывают самостоятельные услуги по планированию семьи и т.д. Медицинские сестры новой формации подготовлены к выполнению



Таблица 7

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕАЛИЗАЦИИ РЕГИОНАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ
«ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДА АЛМАТЫ»

Показатели	Планируемый уровень		Достигнутый уровень			
	2000	2005	1999	2000	2001	2002
Материнская смертность (на 100 тыс. живорожденных)	50	45	24,6	66,4	27,6	59,9
Индекс здоровья женщин	25%	30%	20%	15%	18%	18%
Количество аборт (на 1000 женщин фертильного возраста)	40	35	48,4	41	38	32
Младенческая смертность (на 1000 родившихся)	20	18	16,6	14,7	14,9	17,6
Охват иммунизацией детей до 5 лет	95%	96%	96%	97%	98%	99%
Заболеваемость туберкулезом (на 100 тыс. населения)	70	65	72,1	72,8	67,6	69,3
Инфекционная заболеваемость (на 100 тыс. населения):						
кишечные инфекции	Стабилизация		289,1	222,1	215,8	186
вирусный гепатит	и снижение уровня		86	169,6	164	85,9
дифтерия	заболеваемости,		0,26	0,09	0,62	0,18
корь	ликвидация		9,01	0,62	0,09	0
паротит	управляемых		12,5	3,78	2,21	31,7
коклюш	инфекций		1,24	0,88	0,79	0,61

организационно-управленческих, информационно-аналитических, педагогических, лечебно-профилактических и других видов деятельности в сфере здравоохранения. Акценты с «образования ради образования» перенесены на нужды практического здравоохранения.

Набирает обороты деятельность профессиональной общественной организации «Городская ассоциация специалистов сестринского дела». Постоянное взаимодействие с Департаментом здравоохранения является ключевым фактором успешной реализации задач и целей Ассоциации по вопросам профессионального развития и защиты интересов медицинских сестер. Проводится большая работа по организационному развитию и взаимодействию с региональными ассоциациями республики. Повышается роль Ассоциации в развитии сестринского дела, улучшении информированности медсестер и общественности о ее деятельности. Идет подготовка и обсуждение этического кодекса медицинской сестры города Алматы.

Одной из приоритетных задач Ассоциации остается создание информационного поля по сестринскому делу. Изданы стандарты по инфекционному контролю для процедурной и перевязочной медицинских сестер. Проводятся предаттестационные циклы обучения. Издаются буклеты и информационно-методические материалы для руководителей и лидеров сестринского дела. Непрерывное повышение квалификации сестринских кадров также требует нового подхода, тем более что из-за финансовых затруднений такое обучение в некоторых случаях прово-

дится на платной основе и становится недоступным, поэтому Ассоциация предполагает проведение за свой счет краткосрочных циклов по различным специальностям с привлечением преподавательского корпуса.

Одним из факторов, влияющих на качество сестринской помощи, должно стать внедрение технологии сестринского процесса в практическую деятельность медицинских сестер. В рамках этого проведена серия обучающих семинаров, разработана и подготовлена документация, сестринская история болезни и сестринские диагнозы. Но одним из самых главных сдерживающих факторов явилось отсутствие законодательной и нормативной базы.

Продолжена работа по совершенствованию профессиональной состоятельности лидеров и специалистов сестринского дела. Завершен третий этап образовательного проекта для руководителей сестринской службы «Менеджмент в сестринском деле» на базе Высшей школы общественного здравоохранения Министерства здравоохранения РК. Институтом сестринского дела проведено два цикла для руководителей службы «Административный процесс в сестринском деле».

Проводимые в Алматы мероприятия позволили осуществить переход от концепции экстенсивного развития системы оказания медицинской помощи к концепции экономических методов планирования, управления, финансирования, проводить сокращение наиболее затратной стационарной медицинской помощи и осуществлять развитие стационарозамещающих технологий.

СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ МЕДИЦИНСКОЙ НАУКИ И МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

ДИРЕКТОР ДЕПАРТАМЕНТА
МЕДИЦИНСКОЙ НАУКИ
И ОБРАЗОВАНИЯ
МИНИСТЕРСТВА
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН
Нургуль Калиевна Хамзина



Министерство здравоохранения Республики Казахстан (РК) рассматривает медицинскую науку как национальное достояние, определяющее престиж страны, и считает поддержку научных исследований в области медицины, направленных на сохранение здоровья нации, приоритетной задачей государства.

На сегодняшний день в республике насчитывается 20 научно-исследовательских организаций, которые являются ведущими специализированными медицинскими организациями, координирующими научно-исследовательскую, организационно-методическую, лечебно-диагностическую и консультативную работу.

В отрасли медицинской науки и образования республики работают более 3500 человек, из них 13,5% – доктора наук и 41,5% – кандидаты наук, 4 академика и 9 членов-корреспондентов Национальной академии наук Республики Казахстан.

В Министерстве здравоохранения РК создан Департамент медицинской науки и образования, в составе которого имеется отдел медицинской науки. Министерство выступает администратором бюджетных программ по прикладным научным исследованиям в области здравоохранения.

Начиная с 1997 года, в целях сохранения и защиты потенциала медицинской науки, развития приоритетных и новых направлений, а также решения актуальных проблем охраны здоровья населе-

ния республики, осуществлен переход на программно-целевое финансирование. Если в 1997 году выполнялись 54 научно-технические программы, то в последующие годы в соответствии с приоритетами здравоохранения были сформированы 14 научно-технических программ, которые завершены в 1999 году. В 2000–2002 годах выполнялись 22 научно-технические программы, которые были размещены в рамках государственного заказа.

В целях координации и повышения эффективности выполнения научно-технических медицинских программ Министерством здравоохранения в 2002 году образован Ученый совет, за время работы которого проведена значительная работа по мониторингу реализуемых научно-технических программ, утверждена концепция «О развитии медицинской науки в Республике Казахстан». С учетом потребностей государства и мировых тенденций развития науки определены приоритетные направления фундаментальных и прикладных медицинских исследований.

Членами Ученого совета проводится экспертиза промежуточных отчетов для оценки качества реализации запланированных фрагментов научно-технических программ. Результаты экспертной оценки рассматриваются на заседании Ученого совета для решения вопроса о целесообразности дальнейшего финансирования тех или иных научных тем.

С целью совершенствования формирования тематики актуальных диссертационных исследований по медицинским и фармацевтическим наукам в соответствии с приказом ВАК Министерства образования и науки в 2002 году был создан Научно-координационный центр при Министерстве здравоохранения Республики Казахстан.

Таким образом, деятельность Ученого совета МЗ РК направлена на формирование казахстанской модели развития медицинской науки, концентрацию научно-технического потенциала в области здравоохранения для эффективного решения научных про-

блем, способствующих научно-техническому обеспечению практической медицины.

Помимо программно-целевого финансирования, перспективной формой реализации научных программ является грантовая система научно-исследовательской деятельности. Большинство научно-исследовательских организаций по различным научным направлениям привлекают гранты международных организаций.

В этом плане особенно активно работают НЦ хирургии имени А.Н. Сызганова, НЦ проблем туберкулеза, НЦ педиатрии и детской хирургии, НЦ медицинских и экономических проблем здравоохранения, НЦ карантинных и зоонозных инфекций имени М. Айкимбаева, Республиканский научно-исследовательский центр охраны здоровья матери и ребенка и другие.

За последние десять лет отмечается тенденция увеличения научной продукции НИИ, НЦ и медицинских вузов Министерства здравоохранения Республики Казахстан. Так, например, количество опубликованных монографий в 2002 году, по сравнению с 1991 годом, увеличилось на 70%, методических рекомендаций – на 75%. Начиная с текущего года, с целью координации и повышения качества научных публикаций Ученый совет Министерства здравоохранения Республики Казахстан проводит экспертную оценку монографий и лишь после положительного решения рекомендует их к изданию типографским способом. Методические рекомендации также утверждаются Министерством здравоохранения Республики Казахстан.

Отмечается положительная динамика и в изобретательской деятельности отечественных ученых. Если в 1991 году результатом научных исследований было 61 изобретение, то в 2002 году – 409.

Из-за недостаточного финансирования казахстанская медицинская наука в последнее десятилетие оказалась в трудном положении. Хотя нельзя не отметить некоторое улучшение ситуации в последние годы.

В 2003 году отмечается увеличение бюджета на 28,9 % по сравнению с 2002 годом. Однако республиканские научные организации здравоохранения все еще испытывают недостаток в средствах на командировки с целью сбора данных, обмена научными знаниями, кооперации в разработке наукоемких технологий с учеными ближнего и дальнего зарубежья. В неполной мере удовлетворены запросы в расходных материалах, реактивах для проведения научных исследований в соответствии с мировыми стандартами. Все еще остается низким число публикаций казахстанских ученых в зарубежных изданиях. Иностранцы компании и инвесторы недостаточно информированы о результатах и разработках ученых республики.

За период становления нашего государства получили развитие реконструктивно-восстановительная и эндоскопическая хирургия, разработаны новые технологии оперативной хирургии; утверждена национальная политика по охране репродуктивного здоровья женщин Казахстана, создан Национальный генетический регистр. За этот период были разработаны и внедрены новые методы ранней диагностики и лечения наиболее

распространенных заболеваний органов зрения, сердечно-сосудистой системы, урологических заболеваний; разработаны новые методы профилактики, диагностики и лечения в педиатрической практике; внедрены современные методы ранней диагностики и комбинированного лечения злокачественных опухолей. Разработаны программы по профилактике и контролю социально значимых заболеваний, ликвидации неблагоприятных воздействий техногенных загрязнений на организм человека и оздоровлению населения экологически неблагоприятных зон республики. Наблюдается дальнейшее развитие отечественной фармацевтической промышленности. В настоящее время в республике функционирует свыше 70 организаций, производящих фармацевтическую и медицинскую продукцию. Разрабатываются научно обоснованные санитарно-гигиенические подходы к улучшению условий труда работников промышленности и сельского хозяйства, разработана государственная программа «Питьевая вода».

Подготовка медицинских кадров с высшим образованием в Казахстане осуществляется в 9 организациях образования, из которых 6 государственных вузов – казахский Национальный медицинский университет, Карагандинская государственная медицинская академия, Западно-Казахстанская государственная медицинская академия, Семипалатинская государственная медицинская академия, Казахская государственная медицинская академия, Южно-Казахстанская государственная медицинская академия, 2 негосударственных вуза и 1 медицинский факультет в университете. В республике функционируют Алма-Атинский государственный институт усовершенствования врачей и Высшая школа общественного здравоохранения, которые осуществляют последипломную подготовку медицинских работников.

Образовательный процесс в медицинских высших учебных заведениях осуществляется на государственном и русском языках по 7 специальностям: «лечебное дело», «педиатрия», «медико-профилактическое дело», «стоматология», «фармация», «восточная медицина», «медико-биологическое дело».

Пятый год в республике действует система формирования студенческого контингента в виде предоставления государственного образовательного гранта и кредита по результатам комплексного тестирования, что дает возможность поступления в медицинские вузы наиболее одаренной и способной молодежи.

Контингент студентов, обучающихся в медицинских вузах, составляет более 22 тыс. студентов, из которых более 5,5 тыс. являются обладателями государственных образовательных грантов, около 1 тыс. – государственных кредитов, примерно 3 тыс. студентов обучаются на бюджетной основе (по программе «доучивание»), 12,5 тыс. – на платной основе. В негосударственном секторе обучаются 950 студентов. На государственном языке высшее медицинское и фармацевтическое образование получают 6900 студентов.

Ежегодный выпуск специалистов с высшим медицинским и фармацевтическим образованием составляет около 2000 человек. В настоящее время в медицин-



ских вузах страны обучаются не только наши граждане, но и иностранные студенты из 18 стран, что является подтверждением престижа образования в медицинских вузах Республики Казахстан. Общее количество иностранных студентов составляет около 1500 человек. Граждане иностранных государств зачисляются на обучение в порядке, установленном законодательством Республики Казахстан, международными договорами, соглашениями, а также по индивидуальным контрактам, заключенным с высшим учебным заведением.

В вузах сконцентрирован высококвалифицированный кадровый потенциал, который представлен 316 докторами медицинских наук, 1218 кандидатами медицинских наук, работают 4 академика и 9 членов-корреспондентов Национальной академии наук.

В современных условиях системе медицинского образования необходимы динамичное и поступательное движение, придание нового качества, общественного статуса и понимание ее как особой сферы, первоочередной задачей которой является опережающая подготовка высококвалифицированных специалистов в области медицины. В этой связи с целью реформирования системы медицинского образования была разработана Концепция дальнейшего развития медицинского и фармацевтического образования, одобренная 2-м съездом врачей и провизоров Казахстана и утвержденная приказом Министра здравоохранения.

В соответствии с принятым 4 июня 2003 года Законом Республики Казахстан «О системе здравоохранения» Министерство здравоохранения определено как центральный исполнительный орган Республики Казахстан, осуществляющий руководство в области охраны здоровья граждан, медицинского и фармацевтического образования. Министерство дает заключение и принимает участие в лицензировании на занятие деятельностью в области медицинского и фармацевтического образования, проводит аттестацию и аккредитацию медицинских организаций образования. Ранее вопросы приема в вузы, лицензирования, аттестации медицинских вузов, разработки нормативных документов находились исключительно в компетенции центрального исполнительного органа в области образования – Министерства образования и науки РК, при этом не всегда учитывалась специфика медицинского образования.

Предусмотренные нормы закона дадут возможность в полной мере контролировать деятельность медицинских организаций образования с целью качественной подготовки квалифицированных специалистов в области медицинского и фармацевтического образования, повышения уровня подготовки специалистов в вузах.

Одним из особенностей функционирования медицинских организаций образования является необходимость наличия клинических баз для обеспечения образовательного процесса по клиническим дисциплинам. В настоящее время соответствующим постановлением Правительства РК расширен перечень существующих клинических баз медицинских вузов, некоторые вузы имеют собственные клиники. Кроме того, предусмотрено функционирование ле-

чебно-диагностических учреждений в качестве клинических баз медицинских вузов без взимания арендной платы, что будет способствовать экономии финансовых средств вузов, улучшению их материально-технической базы.

Разработаны и внедряются в учебный процесс новые Государственные общеобязательные стандарты высшего и среднего профессионального образования (ГОСО) по всем специальностям высшего и среднего медицинского образования. Новые ГОСО, согласованные с Комитетом по стандартизации, метрологии и сертификации Министерства индустрии и торговли РК, утверждены совместными приказами Министра здравоохранения и Министра образования и науки Республики Казахстан.

Разработанные с целью реализации Концепции дальнейшего развития медицинского и фармацевтического образования Республики Казахстан ГОСО предусматривают многоуровневую структуру медицинского и фармацевтического образования и обеспечивают преемственность и последовательность среднего и высшего профессионального образования с возможностью завершения образования на каждом уровне с выдачей соответствующего документа.

Первый уровень – (3 года) предусматривает освоение общемедицинских дисциплин среднего профессионального образования. После окончания его выдается диплом о среднем профессиональном образовании.

Второй уровень – получение основного высшего медицинского образования (4–6-й годы). Окончившим второй уровень и выдержавшим государственный экзамен присваивается соответствующая квалификация и выдается диплом о высшем профессиональном образовании.

Лица, имеющие высшее образование, могут быть приняты на любые должности, кроме клинической деятельности, что определено Законом РК «Об образовании».

Третий уровень – для осуществления клинической деятельности по специальностям «лечебное дело», «педиатрия», «восточная медицина» предусматривается 7-й год, а по специальности «стоматология» – 6-й год в виде интернатуры. По окончании последней проводится итоговая аттестация по избранной специальности с выдачей сертификата.

Многоуровневая структура профессионального медицинского и фармацевтического образования предусматривает общий Государственный стандарт медицинского образования для высших и средних медицинских и фармацевтических учебных заведений. Типовые учебные планы колледжа и первых 3 курсов высших медицинских учебных заведений будут иметь идентичную часовую нагрузку, одинаковую трудоемкость программы и перечень изучаемых дисциплин. В последующем это позволит выпускникам, отлично закончившим колледж, поступить в вуз и продолжить обучение на последующих уровнях медицинского и фармацевтического образования.

Внедрение системы многоуровневой непрерывной подготовки специалистов с медицинским образованием позволит повысить не только качество образования, но и даст возможность получать медицинское образование на уровне международных стандартов. Реформирова-



ние медицинского и фармацевтического образования потребует новых учебно-методических, финансовых, материально-технических условий, информационных систем, достаточного научно-педагогического потенциала, способного обеспечить образовательную деятельность в рамках системы многоуровневой подготовки специалистов. Таким образом, предстоит проведение большой работы как со стороны медицинских вузов, так и колледжей.

На сегодняшний день проблемным вопросом остается трудоустройство выпускников медицинских вузов. Если в прежние времена существовала система распределения и трудоустройства молодых специалистов с последующим контролем за их доездом до места распределения, то на сегодняшний день нет такого механизма.

Процедура распределения выпускников медицинских вузов в последние годы проходила формально, в основном выпускники получали свободный диплом. В соответствии с действующим в данное время законодательством государственные органы могут лишь оказывать содействие в трудоустройстве молодых специалистов.

В этой связи в медицинских вузах создаются центры содействия трудоустройству выпускников. Ежегодно по инициативе ректоров медицинских вузов проводится процедура предварительного распределения выпускников с приглашением представителей региональных подразделений здравоохранения, акиматов, главных врачей лечебных организаций, которые совместно проводят большую работу по созданию благоприятных условий и привлечению молодых специалистов.

Однако в настоящее время отсутствуют нормативные или юридические механизмы, позволяющие распределять выпускников в соответствии с заявками и потребностями регионов. Важным направлением и приоритетом работы Министерства здравоохранения является развитие и совершенствование первичной медико-санитарной помощи и обеспечение всех населенных пунктов страны медицинскими работниками. Одним из решений данного

вопроса может стать разработка и создание на областных уровнях региональной программы обеспечения медицинскими кадрами, предусматривающей поднятие статуса и престижа медицинского работника, создание благоприятных условий для молодых специалистов, обеспечения их социальными и другими льготами.

Кроме того, учитывая безусловную важность данной проблемы, принимаются меры по ее разрешению на государственном уровне, что свидетельствует о необходимости разработки государственной программы, регулирующей вопросы распределения и трудоустройства выпускников, обучавшихся за счет государственного бюджета.

Позиция признания здоровья как высшего национального приоритета государства находит понимание и твердую поддержку руководства Казахстана, такая позиция становится основой всей политики в области охраны здоровья граждан.

За последние десять лет произошли существенные изменения как в количественном, так и качественном состоянии подготовки медицинских кадров. Содержание медицинского образования и его материально-техническая база не учитывали возросших требований к подготовке специалистов и мировых тенденций обучения в организациях медицинского и фармацевтического образования.

На сегодняшний день предпринимаются меры по совершенствованию системы медицинского образования, улучшению материально-технической базы медицинских вузов республики. Заложена бюджетная программа по субсидированию медицинских организаций образования, возросли расходы на обучение студентов по государственному образовательному заказу. Внедряются механизмы эффективно действующей системы профессионального образования, предусматривающей использование ориентированных на международный уровень новых образовательных технологий.

З Д Р А В О О Х Р А Н Е Н И Е Р О С С И И



VI

ВЕДОМСТВЕННОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

МЕДИЦИНСКОЕ УПРАВЛЕНИЕ МВД РОССИИ:
ИСТОРИЯ, ЗАДАЧИ, ОСНОВНЫЕ
НАПРАВЛЕНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

541

МЕДИЦИНСКАЯ СЛУЖБА ФСБ РОССИИ

545

ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ:
СПЕЦИФИЧНОСТЬ И РАЗВИТИЕ
НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

547

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ
ВООРУЖЕННЫХ СИЛ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

563

МЕДИЦИНСКОЕ УПРАВЛЕНИЕ МВД РОССИИ: ИСТОРИЯ, ЗАДАЧИ, ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

НАЧАЛЬНИК МЕДИЦИНСКОГО
УПРАВЛЕНИЯ СЛУЖБЫ
ТЫЛА МИНИСТЕРСТВА
ВНУТРЕННИХ ДЕЛ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ГЕНЕРАЛ-ЛЕЙТЕНАНТ
ВНУТРЕННЕЙ СЛУЖБЫ
Александр Геннадьевич
Круглов



Медицинская служба системы Министерства внутренних дел Российской Федерации – один из обязательных элементов поддержания надлежащей работы и боеспособности органов внутренних дел и внутренних войск. Она обеспечивает медико-социальную защиту личного состава, в том числе в условиях служебно-боевого применения в районах чрезвычайных ситуаций и зонах ограниченных вооруженных конфликтов. На нее возлагается разработка и осуществление комплекса профилактических, лечебных, санаторно-курортных и реабилитационных мероприятий, направленных на охрану и укрепление здоровья сотрудников органов внутренних дел, военнослужащих внутренних войск, пенсионеров системы министерства в условиях мирного и военного времени. Медицинская служба министерства также осуществляет мероприятия, связанные с комплектованием личного состава, обеспечением мобилизационной готовности (военно-врачебная экспертиза, профессиональный психофизиологический отбор кадров). Существующая в министерстве система охраны здоровья личного состава эффективна и в целом отвечает современным требованиям. Об этом свидетельствует стабильность всех основных показателей здоровья сотрудников и военнослужащих (важнейшего элемента служебно-боевой готовности министерства). Учреждения здравоохранения МВД России оказывают бесплатную медицинскую помощь прикрепленным контингентам

без каких-либо ограничений и условий. Реально пользуются медицинским обслуживанием в ведомственных медицинских учреждениях 2,2 млн. человек, из них более 22% составляют ветераны МВД и члены их семей, т.е. люди пожилого и старческого возраста, страдающие возрастной патологией и требующие особого подхода.

В последние годы ведомственная медицина органов внутренних дел функционирует в условиях реформы как правоохранительных органов, так и отечественного здравоохранения. В связи с этим особую актуальность приобретает необходимость совместного поиска путей решения накопившихся проблем, распространения накопленного передового опыта лучших подразделений ведомственного здравоохранения, внедрения достижений медицинской науки и новых технологий в практику.

Медицинская служба Министерства внутренних дел России имеет длительную и многоэтапную историю. Согласно Указу от 31 декабря 1803 года, при Департаменте внутренних дел России был учрежден Медицинский Совет для решения проблем медицинской науки и практики, а также для контроля за деятельностью медицинских и фармацевтических учреждений страны.

В 1803 году для управления медицинским делом России в составе Департамента внутренних дел была создана Экспедиция государственной медицинской управы (1803–1811 годы), а затем Медицинский департамент (1811–1904 годы), сменившийся Управлением главного врачебного инспектора МВД (1904–1917 годы), при которых действовал Медицинский Совет (1803–1917 годы).

При учреждении в 1811 году Медицинский департамент был разделен на 3 отделения. В ведении 1-го находились делопроизводство Медицинского Совета, управление медицинскими учебными заведениями и медицинскими отделениями университетов; приглашение иностранных врачей в Россию и их распределение по ведомствам; выработка медико-санитарных правил и инструкций; надзор за карантинами. 2-е отделение осуществляло контроль за изготовлением медикаментов, медицинской посуды; испытанием и утверждением проб

и выдачей свидетельств о доброкачественности медикаментов. В его ведении находились управление Санкт-Петербургским ботаническим садом (передано в 1830 году в Министерство императорского двора), заводами, изготавливающими медицинские инструменты; снабжение медикаментами казенных аптек и аптечных магазинов; контроль аптекарских школ, типографий, издававших медицинскую литературу; обмундирование и награждение медицинских чиновников; содержание зданий медицинского ведомства. 3-е отделение вело счетные дела.

В 1853 году Медицинскому департаменту МВД переданы дела медицинского управления на Кавказе, а в 1867 году – дела медицинского управления губерний Царства Польского. В 1901 году был образован Эпидемиологический отдел, ведавший делами по предупреждению эпидемий и борьбе с ними. Медицинский департамент в 1904 году был упразднен в связи с учреждением Управления главного врачебного инспектора МВД (с 1916 года – Главное управление государственного здравоохранения).

Управление главного врачебного инспектора было учреждено в 1904 году для управления гражданским здравоохранением, медицинскими учебными заведениями и мероприятиями по борьбе с эпидемиями. Главный врачебный инспектор (генерал-штаб-доктор) назначался из числа докторов медицины и по должности являлся членом Медицинского Совета. Дела управления были разделены между делопроизводителями. Первое вело наблюдение за деятельностью врачей, фармацевтов, медицинских чиновников МВД; привлекало их к ответственности вплоть до суда; ведало командированием врачей для научного усовершенствования; определяло казенных медицинских стипендиатов. Второе ведало организацией врачебной помощи населению; осуществляло надзор за производством и продажей медикаментов, цензуру медицинской литературы. После упразднения в 1917 году Межведомственной комиссии по пересмотру врачебно-санитарного законодательства оно занималось подготовкой законопроектов, циркуляров, инструкций, уставов и правил. Третье организовывало все мероприятия по борьбе с эпидемиями, врачебно-санитарный надзор и наблюдение за применением действующих санитарных законоположений и правил, вело переписку по международным санитарным конвенциям.

Ветеринарное управление МВД было образовано в апреле 1901 года для управления делом усовершенствования ветеринарной науки и практики. Его предшественниками были: Временный комитет для распоряжений по ветеринарной части и изысканию средств к уничтожению и предотвращению скотских падежей (1858–1860 годы); Особый комитет об улучшении ветеринарной части и мерах к предотвращению скотских падежей в империи (1860–1868 годы); Ветеринарное отделение Медицинского департамента (1869–1889 годы); Ветеринарный комитет (1889–1901 годы).

Ветеринарное управление МВД принимало меры к предупреждению и прекращению повальных и заразных болезней домашних животных, собирало сведения и сводило отчеты о ветеринарно-санитарном состоянии губерний, занималось устройством ветеринарных

лечебниц, лабораторий и школ, составляло инструкции по различным отраслям ветеринарной практики, отчеты о вывозе за границу скота и мяса, ведало процентным сбором со скота по губерниям.

В 1917 году Ветеринарное управление находилось в ведении Управления главного врачебного инспектора, а в марте 1918 года было передано в Управление медицинской частью НКВД РСФСР.

Департамент казенных врачебных заготовлений МВД был образован в июне 1836 года для заготовления медикаментов и медицинских инструментов, снабжения ими медицинских учреждений, а также управления аптеками и медицинскими магазинами. Состоял из общего присутствия и двух отделений: распорядительного и счетного. С марта 1859 года был передан в Военное министерство.

В советское время управление медицинским делом страны было передано из МВД другим ведомствам (Наркомздраву), а органы МВД (НКВД) занимались лишь медицинским обеспечением своего персонала и спецконтингента. Для этих целей в структуре хозяйственных служб НКВД был создан Санитарный отдел, переименованный в 1954 году в Медицинский отдел. Так, на 01.01.1940 года в составе НКВД СССР имелся Санитарный отдел Административно-хозяйственного управления (70 чел.), поликлиника, больница и аптека.

В марте 1969 года на базе медицинского отдела ХОЗУ МВД СССР было создано Управление медицинской службы МВД СССР (1969–1974 годы), которое в июне 1974 года было реорганизовано в Медицинское управление МВД СССР (1974–1992 годы), с февраля 1992 года – в Медицинское управление МВД России, в июле 2001 года преобразовано в Медицинское управление Службы тыла МВД России.

Медицинское управление Службы тыла МВД России образовано в июле 2001 года и является правопреемником МУ МВД России и МВД СССР. Как самостоятельное управление (Управление медицинской службы) было образовано в марте 1969 года на базе медицинского отдела ХОЗУ МВД СССР. С июня 1974 года преобразовано в МУ МВД СССР.

Медицинское управление Службы тыла МВД России является структурным подразделением центрального аппарата МВД России и создано в целях организации медицинского обеспечения сотрудников и работников органов внутренних дел, военнослужащих и гражданского персонала внутренних войск МВД России, пенсионеров МВД, членов их семей, курсантов и слушателей образовательных учреждений МВД России.

Основной задачей Медицинского управления Службы тыла МВД России является проведение комплекса лечебно-профилактических, санаторно-курортных, оздоровительных и реабилитационных мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья личного состава.

Для выполнения поставленных задач в системе МВД России развернуты следующие учреждения:

– медуправления, медотделы, медслужбы МВД, ГУВД, УВД (82);



- госпитали и больницы (22);
- больницы с поликлиниками (56);
- поликлиники самостоятельные (41);
- амбулатории (34);
- здравпункты (178);
- медслужбы учебных заведений (52);
- зубопротезные лаборатории (45);
- аптеки (23);
- санатории (11), дома отдыха и пансионаты (11);
- военно-врачебные комиссии (ВВК) (85);
- центры санитарно-эпидемиологического надзора (ЦСЭН) (78);
- центры психологической диагностики (ЦПД) (80);
- отделения профилактической дезинфекции (27).

Военно-врачебные комиссии проводят медицинские освидетельствования: граждан, поступающих на службу и на военную службу по контракту во внутренние войска; лиц, проходящих (проходивших) службу и военную службу в системе МВД России; граждан, поступающих в образовательные учреждения и военно-учебные заведения МВД России, средние училища и милицмейские колледжи МВД России; определяют причинную связь увечий (ранений, травм, контузий), заболеваний у лиц рядового и начальствующего состава, военнослужащих, граждан, проходящих военные сборы во внутренних войсках, граждан, проходивших службу в органах внутренних дел, граждан, проходивших военную службу (военные сборы) во внутренних войсках; а также причинную связь увечий (ранений, травм, контузий), заболеваний, приведших к смерти указанных лиц.

Медицинское освидетельствование осуществляется на основании строгого выполнения нормативных документов по военно-врачебной экспертизе. При освидетельствовании составляется клинико-экспертное заключение о состоянии здоровья освидетельствуемого, которое определяет сущность, характер и течение заболевания, состояние функций органов и систем организма, оценку его психофизиологических возможностей требованиям службы. ВВК при освидетельствовании устанавливаются причинно-следственные связи отклонений в состоянии здоровья лиц, проходящих (проходивших) службу (военную службу) в органах внутренних дел и внутренних войсках.

Государственный центр психологической диагностики является государственным экспертно-диагностическим медицинским учреждением специального назначения МВД России и головным организационно-методическим центром для 80 ЦПД МВД, ГУВД, УВД субъектов Российской Федерации. Кроме этих функций, ЦПД осуществляет профессиональный психологический отбор кандидатов на службу в подразделения Центрального аппарата министерства и учебу в образовательные учреждения МВД России, осуществляет комплексные психопрофилактические осмотры личного состава спецподразделений МВД (ОМОН, СОБР).

Госпитали и больницы в системе МВД России предназначены для оказания специализированной стационарной медицинской помощи личному составу

и работникам органов внутренних дел, военнослужащим и гражданскому персоналу внутренних войск, членам их семей, пенсионерам МВД России. Различия между типами данных учреждений состоит в количестве развернутых коек, численности медицинского и прочего персонала, структуре специализированных видов помощи, оснащенности медицинским и иным техническим оборудованием, автотранспортом.

В системе МВД России развернуто 22 госпиталя и больницы. Головным учреждением является Главный клинический госпиталь (ГКГ) МВД России (г. Москва).

ГКГ МВД России за годы своего развития превратился в высокоспециализированное лечебное учреждение, в котором развернуто 24 лечебных и 25 лечебно-диагностических и обеспечивающих лечебный процесс отделений, загородный филиал «Пахра». В госпитале работает около 240 врачей, из которых 128 имеют высшую и первую квалификационные категории, 24 – почетное звание «Заслуженный врач Российской Федерации», 4 доктора и 36 кандидатов медицинских наук.

Основной задачей ГКГ МВД России является оказание специализированной медицинской помощи, включая военно-врачебную экспертизу, сотрудникам и военнослужащим МВД России, членам их семей и пенсионерам МВД. Госпиталь является головным научно-методическим центром ведомственной медицины, поддерживает тесные контакты с региональными медицинскими службами МВД России, проводит научно-практические конференции, в т.ч. международные, оказывает консультативную и стационарную лечебную помощь иногородним больным, удельный вес которых составляет 33–38%. Ежегодно в отделениях ГКГ МВД РФ проходят лечение около 12 тыс. больных, осуществляется до 5 тыс. оперативных вмешательств.

В комплексе мероприятий, направленных на восстановление и укрепление здоровья сотрудников органов внутренних дел, военнослужащих внутренних войск, пенсионеров МВД и членов их семей санаторно-курортное лечение и оздоровительный отдых занимают особое место и проводятся в 25 лечебно-оздоровительных учреждениях МВД России общей коечной мощностью более 7,5 тыс. мест, в том числе в непосредственно подчиненных Медицинскому управлению Службы тыла МВД России – в 11 санаториях (более 3 тыс. мест) и в 6 домах отдыха (более 2 тыс. мест), а также в санаториях внутренних войск МВД России – «Россия», «Дон», «Солнечный» – и в доме отдыха внутренних войск МВД России «Федосьино» на 885 мест, домах отдыха ГУВД Санкт-Петербурга и Ленинградской области – «Луга», «Боровое» на 201 место, домах отдыха ГУВД г. Москвы – «Березовая роща», «Буторок» – на 715 мест.

В санаториях и домах отдыха центрального подчинения работают более 200 врачей, из которых 70 имеют высшую и первую квалификационные категории, 9 – почетное звание «Заслуженный врач Российской Федерации», один доктор и 10 кандидатов медицинских наук.

Санатории и дома отдыха системы МВД России расположены в различных климатических зонах. Все санатории многопрофильные, один однопрофильный –



противотуберкулезный санаторий «Борок», один – детский кардиологический санаторий «Быково». В санаториях «Лесное озеро», «Приморье», «Железноводск» имеются отделения для лечения родителей с детьми.

Дома отдыха системы МВД России располагаются в местностях с благоприятными климатическими условиями: «Сосновый», «Юность» – в курортной зоне, расположенной на берегу Черного моря, «Зеленая роща» и «Озеро Долгое» – в Подмосковье, «Теберда» – в горном ущелье на высоте 1300 метров над уровнем моря, «Горбаты» – на берегу реки Оки.

В среднем в год в санатории направляется более 45 тыс. и в дома отдыха – более 25 тыс. человек.

Руководство Министерства внутренних дел Российской Федерации, рассмотрев инициативные предложения медицинских работников ведомственного здравоохранения, приняло решение о восстановлении периодического издания, посвященного вопросам охраны здоровья личного состава органов внутренних дел и внутренних войск МВД России. Ранее в Министерстве регулярно выпускались специализированные номера ведомственной прессы, посвященные проблемам медицинской службы органов внутренних дел.

Руководствуясь ответственными задачами в области здравоохранения, новое ведомственное издание –

«Медицинский вестник МВД» – будет уделять первоочередное внимание вопросам:

- совершенствования организации медицинского обеспечения личного состава органов внутренних дел и внутренних войск, в том числе подразделений, выполняющих задачи в Северо-Кавказском регионе;
- обеспечения дальнейшего повышения качества медицинской помощи за счет совершенствования диспансеризации, развития специализированных видов медицинской помощи, внедрения современных методов профилактики, диагностики и лечения, повышения роли амбулаторно-поликлинического звена, стационарозамещающих технологий;
- медико-психологической реабилитации личного состава, принимавшего участие в проведении контртеррористической операции в Северо-Кавказском регионе, членов семей сотрудников органов внутренних дел и военнослужащих внутренних войск, погибших при исполнении служебных обязанностей;
- внедрения новых медицинских технологий в практику деятельности ведомственного здравоохранения.

МЕДИЦИНСКАЯ СЛУЖБА ФСБ РОССИИ

НАЧАЛЬНИК
ВОЕННО-
МЕДИЦИНСКОГО
УПРАВЛЕНИЯ
ФСБ РОССИИ
Алексей Юрьевич
Лапин



Одним из первоочередных административных решений Всероссийской чрезвычайной комиссии (ВЧК) по борьбе с контрреволюцией, спекуляцией и саботажем было «для удовлетворения нужд сотрудников ВЧК и их семейств поручить организовать Санитарный отдел, под который отвести две комнаты, и поручить Хозяйственному отделу принять меры к скорейшему устройству приемного покоя» (протокол заседания ВЧК от 31 марта 1918 года).

Так было положено начало медицинской службе органов безопасности.

В том, первом, Санитарном отделе ВЧК работало 20 человек: врач лазарета, зубной врач, 5 лежков (лекарских помощников), аптекарская сестра, 4 медсестры, 4 санитары, 3 сиделки и курьер.

Становление системы медицинского обеспечения ВЧК проходило в тяжелейших условиях голода, разрухи, эпидемий смертельно опасных болезней. Однако немногочисленный коллектив медицинских работников «чрезвычайки» успешно справлялся с возложенными на него обязанностями. В любое время дня и ночи чекисты могли обратиться за помощью в дом №3 по Варсонофьевскому переулку, где располагался в те годы Санитарный отдел.

В период Гражданской войны штат ВЧК был увеличен, соответственно увеличилась и численность Санитарного отдела. К концу 1920 года в нем работало уже 53 человека.

К середине 1922 года на медицинском обслуживании в Санитарном отделе ГПУ состояло 30 тыс. человек – сотрудников и членов их семей.

На амбулаторный прием приходило до 240 пациентов ежедневно. Кроме того, врачи выполняли в день по 10–12 вызовов на дом. С полной нагрузкой функционировал лазарет на 75 коек, включая 20-коечный изолятор для инфекционных больных.

Значительные нагрузки на медицинский персонал потребовали увеличения штата Санитарного отдела.

5 декабря 1922 года приказом Административно-организационного управления ГПУ №14/288 был объявлен штат Санитарной части в количестве 72 человек, включая врачей различных специальностей, фельдшеров, медсестер и технический персонал. Фактически это означало создание Центральной поликлиники ГПУ.

В отчетах начальника Санитарного отдела имеются данные о посещаемости санчасти. Так, в 1922 году зарегистрировано 37 673 врачебных посещения, в 1923 году – 46 555, в 1924 году – 45 576, в 1925 году – 49 301. Учитывая немногочисленный коллектив врачей санчасти, это внушительные цифры.

В 1925 году в санчасти были организованы физиотерапевтический кабинет и водолечебница. С апреля 1925 года впервые началась диспансеризация сотрудников. Этим занимались два врача и медицинская сестра.

С первых дней работы ВЧК ее комплектование сотрудниками, способными по состоянию здоровья справиться со значительными физическими и психологическими нагрузками, было поставлено под особый контроль. Вопросы врачебной экспертизы решались по личному указанию Ф.Э. Дзержинского. С октября 1927 года в органах безопасности функционируют штатные врачебно-контрольные (а впоследствии – военно-врачебные) экспертные комиссии. В годы Великой Отечественной войны роль военно-врачебной экспертизы неизмеримо возросла. Приказом Народного комиссара обороны от 24 октября 1942 года №336 были установлены требования к состоянию здоровья гра-

ждан, призываемых на военную службу, и военнослужащих на период войны, а приказ НКВД от 1943 года №102 конкретизировал аналогичные требования к вновь поступающим на службу и сотрудникам органов безопасности и внутренних дел.

В 1930 году Санитарная часть ОГПУ была реорганизована в Санитарный отдел Административно-организационного управления со штатной численностью 415 человек.

Начало развития ведомственной санаторно-курортной сети положено в 1924 году. С этого времени стали функционировать первые здравницы: небольшой санаторий «Кисловодск» и его филиалы в Ессентуках (желудочно-кишечного профиля) и Теберде (легочного профиля), а также санаторий им. Ф.Э. Дзержинского в г. Одессе. В 1931 году введен в строй подмосковный санаторий «Кратово» и в 1933 году – основной корпус санатория «Кисловодск».

В послевоенные годы происходит дальнейшее развитие организационной структуры медицинского обеспечения.

Открывается поликлиника №2 с детским отделением. В январе 1952 года вступает в строй клиническая больница МГБ (ныне – Центральный клинический военный госпиталь ФСБ России). В то время были созданы два хирургических, три терапевтических, неврологическое, гинекологическое отделения (всего на 216 коек), а также приемное, рентгенологическое, физиотерапевтическое отделения, кабинеты – урологический, офтальмологический, оториноларингологический, стоматологический.

В 50-е годы начали работать санатории «Колхида», «Трускавец», им. Ф.Э. Дзержинского в г. Сочи, «Цхалтубо», «Черноморье», дом отдыха «Звездочка» (Краснодарский край).

После реконструкции Центрального госпиталя, к 1960 году, количество коек увеличилось до 400, а после сдачи в эксплуатацию в 1965–1966 годах второго и третьего корпусов коечная мощность учреждения возросла до 630 коек.

В январе 1986 года был введен в строй новый терапевтический корпус ЦКВГ на 420 коек. Были созданы новые структурные подразделения госпиталя: отделение компьютерной и магнитно-резонансной томографии, информационно-аналитическое отделение и др.

В августе 1952 года в соответствии с Положением о Всесоюзной государственной санитарной инспекции (приказ Минздрава СССР от 14 декабря 1949 года №937) была организована Санитарно-эпидемиологическая станция Медицинского отдела Административно-хозяйственного управления МГБ СССР, состоявшая на тот период из двух отделений: санитарного с санитарно-гигиенической лабораторией и эпидемиологического с дезинфекционной группой. Объектами санитарного контроля стали столовые в административных зданиях, совхозы, лечебно-профилактические и детские учреждения, общежития, дачные хозяйства, автобазы, типографии, другие производственные помещения. В послевоенные годы проводи-

лось также обследование жилищных условий сотрудников органов безопасности (до 400 обследований в год).

Развивалось медицинское обеспечение и в территориальных органах безопасности. Если до 1969 года в системе КГБ–УКГБ СССР было развернуто и функционировало 7 военно-медицинских служб, то уже в 1975 году их число составило 51 (в т.ч. 21 по Российской Федерации) с восемью стационарами общей коечной мощностью 180 коек.

В 1982 году Медицинский отдел Хозяйственного управления КГБ СССР был преобразован в Военно-медицинское управление КГБ СССР.

В настоящее время в Федеральной службе безопасности Российской Федерации развернута сеть амбулаторно-поликлинических, больничных, санаторно-курортных и специальных военно-медицинских учреждений, домов отдыха и детских оздоровительных лагерей, функционально объединенных в медицинскую службу ФСБ России, на которую возложено решение задач медицинского обеспечения ведомства и оказания медицинской помощи военнослужащим (и законодательно приравненным к ним категориям граждан) сил обеспечения безопасности Российской Федерации.

Основными перспективными направлениями работы медицинской службы ФСБ России являются:

- повышение эффективности и качества оказания всех видов медицинской помощи;
- анализ и контроль состояния здоровья сотрудников; развитие системы медико-психологической реабилитации, оздоровительного отдыха, санаторно-курортного лечения и иных отраслей восстановительной медицины;
- совершенствование медицинского и психологического отбора кадров;
- профилактика профессиональных заболеваний, контроль обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия;
- укрепление материально-технической, кадровой и иной ресурсной базы военно-медицинских учреждений органов безопасности.

В 2003 году медицинская служба ФСБ России отметила 85-летие со дня основания.

За эти годы из Санитарного отдела численностью 20 человек она превратилась в разветвленную систему многопрофильных учреждений, оказывающих высококвалифицированную медицинскую помощь, оснащенных эффективными лечебно-профилактическими, восстановительными, информационными, управленческими и иными современными технологиями.

Сотням тысяч людей медицинские работники органов безопасности вернули здоровье, работоспособность, физическое и душевное благополучие. В коллективах военно-медицинских учреждений и подразделений ФСБ России по-прежнему в почете верность профессии и врачебному долгу, бескорыстие и сострадание, новаторство и преемственность традиций.

ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ: СПЕЦИФИЧНОСТЬ И РАЗВИТИЕ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

НАЧАЛЬНИК
ДЕПАРТАМЕНТА
МЕДИЦИНСКОГО
ОБЕСПЕЧЕНИЯ
ОАО «РОССИЙСКИЕ
ЖЕЛЕЗНЫЕ ДОРОГИ»
Олег Юрьевич Атьков



Истоки железнодорожной медицины прослеживаются с 1843 года, когда были созданы первые 10 лазаретов вдоль строящейся железной дороги Санкт-Петербург – Москва. В истории выделяется шесть периодов возникновения и развития этой отрасли медицины. Настоящий период начинается с 2003 года – реформирования железнодорожного транспорта с выделением из Министерства путей сообщения (МПС) Открытого акционерного общества «Российские железные дороги» (ОАО «РЖД»). Данная структура взяла на себя основные хозяйственные функции, в нее вошла и основная лечебная часть железнодорожного здравоохранения. В МПС остались государственная санитарная служба и станции переливания крови.

За время своего развития железнодорожное здравоохранение становилось все более мощной, высококвалифицированной и специализированной отраслью здравоохранения. Его самостоятельность столь же обособлена, как и военной или авиационной медицины.

Основными направлениями отраслевого (железнодорожного) здравоохранения на современном этапе являются:

1. Медицинское обеспечение безопасности перевозочного процесса.
2. Оказание квалифицированной специализированной медицинской помощи, реабилитация.
3. Обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия.

4. Координация деятельности медицинских подразделений при ликвидации чрезвычайных ситуаций на железнодорожном транспорте.

5. Организация деятельности лечебно-профилактических учреждений по мобилизационной работе на железнодорожном транспорте.

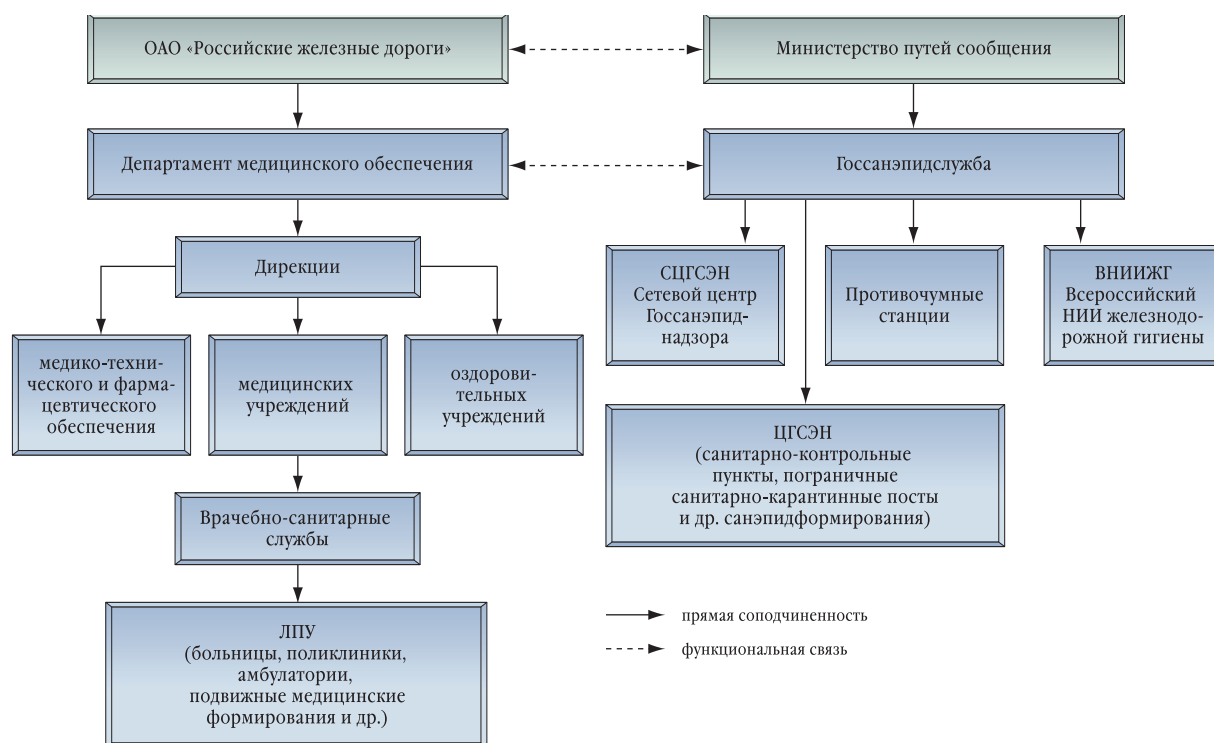
Построение и соподчиненность структур железнодорожного здравоохранения после реорганизации в 2003 году представлены в схематическом виде на рисунке 1.

Среди специальных задач железнодорожной медицины основными являются:

- медицинское обеспечение безопасности движения поездов;
- профессиональные и профессионально обусловленные заболевания у железнодорожников;
- специальные вопросы санитарно-гигиенического обеспечения и физиологии труда;
- ряд специальных вопросов организации здравоохранения (линейный принцип здравоохранения; сочетание задач современных (дорожных) крупных многопрофильных больниц и небольших медицинских учреждений в мелких отдаленных железнодорожных поселках, в которых нет первой и иной медицинской помощи, организация и функционирование поездов «Здоровье»; курируются вопросы медицинского обеспечения безопасности движения и другие).

Из перечисленных специфических задач одной из важнейших является медицинское обеспечение безопасности движения поездов. В нее входят следующие блоки вопросов: лечебный, физиолого-гигиенический, психологический и медицина катастроф¹. Лечебный блок – основной в обозначенной проблеме и включает в себя: медицинский отбор и периодические переосвидетельствования лиц, непосредственно связанных с движением поездов; предрейсовые медицинские осмотры; вопросы дифференцированного применения лекарственных средств с позиций безопасности движения; борьбу с засыпанием машинистов локомотивов в рейсе.

1



ПОСТРОЕНИЕ И СОПОДЧИНЕННОСТЬ СТРУКТУР ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Медицинский отбор и периодические переосвидетельствования осуществляются системой врачебно-экспертных комиссий (ВЭК) и примыкающих к ним структур (рис. 2).

На данном этапе в ОАО «РЖД» функционирует 290 врачебно-экспертных комиссий. Ежегодно в ВЭКах проводится порядка 400 тыс. осмотров лиц, непосредственно связанных с движением поездов. Среди поступающих в профессии, связанные с движением поездов, профнепригодных оказывается около 6%, при переосвидетельствовании этой категории работающих – около 1,5%. Кроме того, медицинские освидетельствования проходят лица в связи с личной безопасностью – работающие на путях; работающие в условиях профвредностей и некоторые другие категории. Всего за год проводится более 1 млн. профилактических осмотров.

Существенная часть экспертной работы по медицинскому отбору и переосвидетельствованию лиц, связанных с движением поездов, кроме самих ВЭК и непосредственно примыкающих к ним структур, выполняют все железнодорожные лечебные учреждения – поликлиники и стационары. В них обследуются экспертируемые лица, и, кроме того, лечащий врач, имея дело с человеком, непосредственно обеспечивающим движение поездов, каждый раз задается вопросом – пригоден ли человек к данной работе и не следует ли его направить на досрочное переосвидетельствование в ВЭК? Тем самым к медэкспертизе лиц, обеспечивающих безопасность движения поездов, имеет отношение в той или иной мере вся железнодорожная лечебная сеть².

Предрейсовые медицинские осмотры машинистов локомотивов осуществляются в специальных ме-

дицинских пунктах. Число таких пунктов порядка 900. В год в них проводится 25 млн. человеко-осмотров. На этих осмотрах проводится и наркологический контроль. Внедряется автоматизация измерения физиологических параметров и иная объективизация предрейсовых осмотров. Частота отстранения от рейса составляет 7–11 на 10 тыс. осмотров.

Медицинская экспертиза лиц, связанных с движением поездов, предрейсовые медосмотры машинистов проводятся по соответствующим ведомственным приказам и указаниям, основанным на законах и правительственных документах.

Медицинская экспертиза в ВЭКах и предрейсовые медицинские осмотры машинистов в значительной мере позволяют избежать развития пароксизмальных состояний, представляющих высокий риск для безопасности движения. Прежде всего это внезапная смерть, потеря сознания и др. Специальный пятилетний анализ ненасильственных внезапных смертей у машинистов показал, что коэффициенты внезапных смертей у машинистов в три раза ниже, чем в адекватных группах в общей популяции. Это только один из примеров эффективности работы по медицинскому обеспечению безопасности движения поездов.

Применение лекарственных средств без отрыва от работы у лиц, непосредственно связанных с движением поездов, отрицательно влияющих на соответствующие профессионально значимые функции, представляет существенный риск для безопасности движения. Среди профессий и должностей на первом месте здесь стоят машинисты локомотивов, а из медикаментов те, которые вызывают



сонливость, нарушения зрения и другие. Значимость данного вопроса в рассматриваемом плане сопоставима с вопросом приема алкоголя или наркотических средств. По мировым статистическим данным, каждый 6–7-й транспортный инцидент со смертельным исходом водителя происходит из-за приема последним запрещенных лекарственных средств. В железнодорожно-медицинской системе разработана и внедрена в практику таблица лекарственных средств, в которой классифицируются эти средства по степени их отрицательного влияния на профессионально значимые функции машиниста локомотива (прежде всего на функции центральной нервной системы, зрения и слуха) с известной экстраполяцией этих данных на другие близкие профессии. При выделенных трех классах опасности препараты первого и второго класса у машинистов без отрыва от работы не применяются.

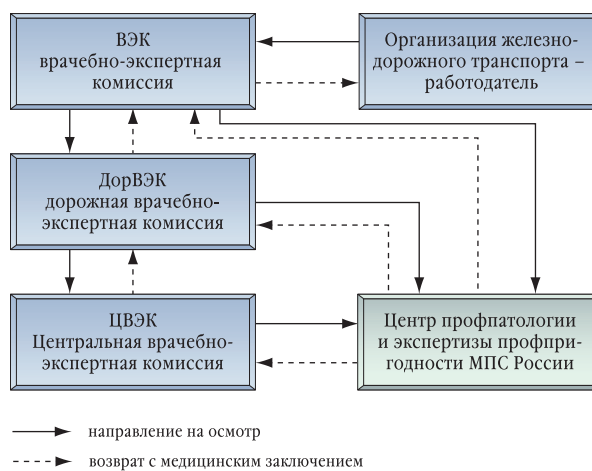
Многие препараты, в том числе более 20 гипотензивных, прошли целенаправленное изучение в научно-практических железнодорожно-медицинских учреждениях, прежде чем они были квалифицированы по степени их отрицательного влияния на специальные профессионально значимые функции машинистов. Только после этого были выбраны и рекомендованы в практику приемлемые препараты. Все вопросы применения лекарственных средств у работающих в профессии и должностях, связанных с движением поездов, должны находиться в поле зрения врача во всех железнодорожных лечебных учреждениях.

Борьба с засыпанием машиниста в рейсе – также один из наиболее актуальных вопросов медицинского обеспечения безопасности движения поездов. В структуре причин возникшей неспособности к управлению поездом машинистом более половины (около 55%) приходится на засыпание.

В профилактику засыпания машиниста в рейсе включены звенья физиологические (физиологии труда), лечебные, психологические. Важнейшими здесь являются разработки приборов контроля за состоянием машиниста в рейсе («приборов бдительности»). Эти разработки проведены на стадии физиолого-технических заданий железнодорожными физиологами. Последние приборы работают по принципу телеметрии. Они не только фиксируют начальную стадию засыпания – дремотное состояние, – но и будят засыпающего (в противном случае срабатывает «автостоп»). Данными приборами оборудованы практически все локомотивы.

Профилактика засыпания машиниста в рейсе включает в себя также психологический профотбор, мероприятия общего порядка, применение по показаниям легких стимуляторов, борьбу с бессонницей между рейсами дома. Психологический отбор в значительной мере устраняет от данной работы лиц, страдающих конституционно обусловленной повышенной сонливостью. По этому признаку не допускаются к работе машинистом (на стадии помощника машиниста) 7–8% от всех поступающих. Мероприятия общего порядка включают разработки физиологически обоснованного графика работы без переутомления и с правильным чередованием ночных смен с дневными, здорового об-

2



ОСНОВНЫЕ СТРУКТУРНЫЕ ЗВЕНЬЯ, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩИЕ МЕДИЦИНСКИЕ ОСМОТРЫ ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНИКОВ, НЕПОСРЕДСТВЕННО СВЯЗАННЫХ С ДВИЖЕНИЕМ ПЕЕЗДОВ, И ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ СВЯЗИ МЕЖДУ ЭТИМИ ЗВЕНЬЯМИ: ЗВЕНЬЯ, ДАЮЩИЕ ОБЯЗАТЕЛЬНЫЕ ДЛЯ РАБОТОДАТЕЛЯ ЗАКЛЮЧЕНИЯ; ВЫСШЕЕ КОНСУЛЬТАТИВНОЕ ЗВЕНО

раза жизни, специального точечного массажа при чувстве засыпания и некоторые другие.

Всем комплексом вопросов медицинского обеспечения безопасности движения поездов могут владеть только специально обученные железнодорожные врачи. Ими не владеют и практически не смогут овладеть в общей своей массе врачи общей системы здравоохранения. Все-му этому врачи железнодорожной медицинской системы обучаются на кафедре «Железнодорожная медицина» Российской академии путей сообщения (входящей в Московский государственный университет путей сообщения) на циклах последипломного образования. За последние 10 лет такое обучение прошли более 4 тыс. врачей, которые работают в лечебных учреждениях сети дорог.

За последние годы вышла большая фундаментальная учебная и монографическая литература по железнодорожной медицине, которая дает железнодорожному врачу возможности дальнейшего совершенствования и заочного обучения по этому разделу. Среди изданий по железнодорожной медицине – «Руководство по железнодорожной медицине» в трех томах, «Клинические основы железнодорожной медицины» в двух книгах, «Медицинское обеспечение безопасности движения поездов» и др.

Медицинская помощь прикрепленному контингенту. В лечебно-профилактических учреждениях обеспечиваются квалифицированной и специализированной медицинской помощью работники железнодорожного транспорта – 1,9 млн. человек; члены их семей, пенсионеры и ветераны отрасли, учащиеся – 2,2 млн. человек; территориальное население – 1,1 млн. человек, всего – свыше 5,2 млн. человек. Первичная доврачебная и врачебная медицинская помощь предоставляется пассажирам железнодорожного транспорта в 31 врачебном и 168 фельдшерских медицинских пунктах (число пассажиров составляет около 1,5 млрд. в год). Число медицинских учреждений и их мощности на начало 2003 года представ-



Таблица

ЧИСЛО ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНЫХ БОЛЬНИЦ, КОЕК В НИХ, ПОЛИКЛИНИК
И ДРУГИХ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ
НА 01.01.2003 ГОДА

Больницы	Линейные		Узловые		Отделенческие		Дорожные		Центральные		Всего	
	число	коек	число	коек	число	коек	число	коек	число	коек	число	коек
Число больниц и коек	12,0	544,0	107,0	9654,0	73,0	15362,0	18,0	9621,0	4,0	2051,0	214,0	37232,0

ПЛАНОВАЯ МОЩНОСТЬ ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНЫХ
АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ
(САМОСТОЯТЕЛЬНЫХ И ВХОДЯЩИХ В ОБЪЕДИНЕНИЯ),
ДИСПАНСЕРНЫХ ОТДЕЛЕНИЙ, ЖЕНСКИХ КОНСУЛЬТАЦИЙ

Наименование учреждений	Поликлиники									Диспансеры				В т.ч. учреждений сельской местности	
	Центральные	Дорожные	Отделенческие	Узловые	Линейные	Стоматологические	Детские	Студенческие	Линейные амбулатории	Женские консультации, объединенные с роддомами	противоопухолевые	онкологические	Прочие		Итого
Всего учреждений	6	18	82	160	21	11	5	1	3	1	5	1	7	321	9
Суммарная мощная всех учреждений в смену (посещений)	3290	21731	48027,2	34647,4	2491,1	2010	1016	120	239	44	241	82	461	114400	1925

ЗДРАВПУНКТЫ И МЕДПУНКТЫ ПРИ ВОКЗАЛАХ

Наименование	Здравпункты врачебные			Здравпункты фельдшерские			Медпункты при вокзалах		
	всего	в том числе, в сельской местности		всего	в том числе, в сельской местности		всего	в том числе, в сельской местности	
		всего	всего		всего	всего			
Число учреждений	35	2	2	985	11	11	26	172	1

лены в таблице. После реформирования, сокращений и объединений в системе ОАО «РЖД» на конец 2003 года функционирует 283 ЛПУ.

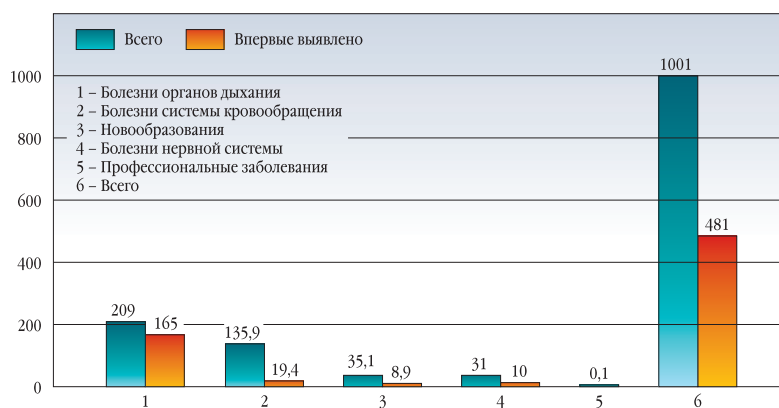
Одна треть прикрепленного контингента получает первичную медицинскую помощь в линейных лечебно-профилактических учреждениях и передвижных медицинских формированиях.

Специализированная медицинская помощь прикрепленному контингенту предоставляется в многопрофильных центральных, дорожных и отделенческих больницах.

Центральные клинические больницы обеспечивают оказание высококвалифицированной специализированной медицинской помощи работникам железнодорожного транспорта, членам их семей, пенсионерам



3



ПОКАЗАТЕЛИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПО НЕКОТОРЫМ КЛАССАМ БОЛЕЗНЕЙ ПРИКРЕПЛЕННОГО К ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНЫМ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИМ УЧРЕЖДЕНИЯМ НАСЕЛЕНИЯ ЗА 2002 ГОД (НА 1000 НАСЕЛЕНИЯ)

и ветеранам отрасли, проживающим как в Москве и Московской области, так и направленным из любого лечебного учреждения всей сети железных дорог.

Организованы профильные центры: неврологические (в т.ч. нейрохирургические), кардиологические (в т.ч. кардиохирургические), офтальмологические, онкологические, профпатологические и некоторые др.

Заболеваемость железнодорожников (с дополнительными прикрепленными к железнодорожным лечебно-профилактическим учреждениям контингентами) на 1000 населения – 1001, впервые выявленная – 483 (по Российской Федерации в целом соответственно 1382 и 744). Отдельные показатели заболеваемости по классам болезни представлены на рисунке 3.

Увеличивается обеспеченность амбулаторно-поликлинической помощью, она составила 235,1 посещения в смену на 10 тыс. прикрепленного населения. Обеспеченность койками составляет 86 на 10 тыс. населения. Перепрофилирование коечного фонда проводится с учетом уровня здоровья работников, структуры заболеваемости, производственной мощности и профильности территориальных учреждений здравоохранения. Одной из целей является сокращение длительности госпитального этапа и в то же время повышение клинической эффективности за счет повышения интенсивности организации лечебно-диагностического процесса, подготовки на предгоспитальном этапе (если не требуется экстренности госпитализации) и внедрения новых медицинских технологий.

Реструктуризация сети учреждений здравоохранения предусматривает дальнейшее повышение роли амбулаторно-поликлинического звена с расширением объемов профилактической и лечебной помощи на догоспитальном этапе, что повышает доступность медицинской помощи.

Развитие деятельности амбулаторно-поликлинического звена дает возможность выявлять заболевания на ранних стадиях, повышать качество обязательных медицинских осмотров, сокращать общие расходы на лечение. Осуществляются мероприятия, направленные на увеличе-

ние объемов общей врачебной практики, специализированной помощи на амбулаторном уровне, увеличение числа поездов «Здоровье», разукрупнение цеховых терапевтических участков в соответствии с основной задачей сохранения и укрепления здоровья работников отрасли.

Перспективы развития здравоохранения в условиях реформирования железнодорожного транспорта непосредственно связаны с внедрением новых медицинских технологий, что позволяет обеспечить высокое качество и устойчивое функционирование лечебных учреждений. К новым технологиям, внедренным в лечебных учреждениях отрасли, относятся эндохирургические вмешательства с использованием видеотехники на органах грудной и брюшной полости, органах малого таза и суставах, экстракорпоральные и контактные методы литотрипсии мочевых камней и конкрементов внепеченочных желчных протоков, методы фотодинамической терапии, лазерного и микроволнового излучения в терапии и хирургии. Широко используются эндоваскулярные методы лечения заболеваний центральных и периферических сосудов при стенозах, тромбоэмболиях и кровотечениях, хирургическая коррекция заболеваний сердца. Общий процент операций с эндоскопической техникой превысил 6%. Развиваются новые методы лечения в стоматологии с использованием современных композитов и имплантатов. Разработаны и внедрены новые уникальные методики для оценки состояния цветового зрения и реабилитации его.

Реализация программы «Телемедицина МПС» позволяет применять новые медицинские технологии, внедренные в центральных клинических больницах, для работников железнодорожного транспорта, получающих медицинскую помощь в других лечебно-профилактических учреждениях железных дорог. Базовыми железнодорожными медицинскими учреждениями для телекоммуникационных систем явились центральные клинические больницы.

Достаточно хорошо оснащены компьютерным оборудованием с программным обеспечением центральные больницы и дорожные больницы на Юго-Вос-



точной, Свердловской, Горьковской, Западно-Сибирской, Северо-Кавказской, Северной, Московской, Октябрьской, Приволжской, Куйбышевской, Южно-Уральской, Восточно-Сибирской и ряде других дорог.

В рамках информатизации отраслевого здравоохранения разработаны и запланированы к внедрению до 2005 года «Автоматизированная система лечебно-профилактических учреждений» (АИС ЛПУ) на 6724 АРМ и «Автоматизированная система санитарно-эпидемиологического надзора» (АИС ЦГСЭН) на 496 АРМ.

В условиях реформирования особую актуальность приобретает организация передвижных видов медицинской помощи – увеличение числа поездов «Здоровье». Положительный опыт в этой области имеется на ряде дорог. Эффект от деятельности передвижного диагностического центра дорожной клинической больницы связан с обеспечением линейного принципа, доступности и своевременности оказания квалифицированной специализированной медицинской помощи прикрепленному контингенту.

Санаторно-курортная медицинская помощь.

Санаторно-курортное лечение является одним из этапов комплексного лечебно-диагностического процесса. Основной принцип функционирования ведомственного здравоохранения по развитию санаторно-курортной деятельности состоит в наиболее полном обеспечении прикрепленного контингента необходимым санаторно-курортным лечением.

В настоящее время в отрасли функционирует 10 санаториев центрального подчинения, являющихся структурными подразделениями «Дирекции оздоровительных учреждений», а также 85 санаторно-оздоровительных учреждений на дорогах, из них 61 санаторий-профилакторий. Коечный фонд этих учреждений около 10 тыс., из них в санаториях центрального подчинения 1668. После реформирования железнодорожного здравоохранения все санатории стали находиться в единой системе с другими лечебными учреждениями и иметь более чистую лечебную направленность. Основной акцент предусматривается сделать на реабилитационное лечение лиц, связанных с движением поездов, и на больных с профессиональными заболеваниями.

Обеспечение санэпидблагополучия на железнодорожном транспорте. В соответствии с Федеральным законом «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» от 30.03.1999 года №52-ФЗ, Положением о государственной санитарно-эпидемиологической службе Российской Федерации, утвержденным постановлением Правительства Российской Федерации от 24.07.2000 года №554, государственный санитарно-эпидемиологический надзор на объектах отрасли осуществляют центры госсанэпиднадзора, функционально входящие в единую систему госсанэпидслужбы Российской Федерации.

По надзорным функциям Главный государственный санитарный врач по железнодорожному транспорту

подотчетен Главному государственному санитарному врачу Российской Федерации и является его заместителем.

Порядок надзора определен Положением, зарегистрированным в Минюсте России.

Деятельность Службы по обеспечению санэпидблагополучия на железнодорожном транспорте осуществляется во взаимодействии с Минздравом России и органами управления здравоохранением субъектов Российской Федерации.

С 2001 года действует Соглашение между Министерством путей сообщения Российской Федерации и Министерством здравоохранения Российской Федерации об информационном взаимодействии в области социально-гигиенического мониторинга.

Служба представлена центрами госсанэпиднадзора на дорогах, Сетевым центром и ВНИИ железнодорожной гигиены.

При создании ОАО «РЖД» и реформировании отраслевого здравоохранения с переходом основной его части в ОАО органы и учреждения госсанэпидслужбы на железнодорожном транспорте не вправе были войти в состав акционерного общества, так как выполняют государственные функции, финансируются из федерального бюджета и не участвуют в системе обязательного медицинского страхования. На конец 2003 года в системе МПС функционирует 190 санитарно-профилактических учреждений.

Руководствуясь государственными задачами и правовой базой в области здравоохранения, с учетом требований федеральных законов разработан проект Концепции взаимодействия учреждений государственной санитарно-эпидемиологической службы Министерства путей сообщения Российской Федерации и лечебно-профилактических учреждений открытого акционерного общества «Российские железные дороги», которая явится основой деятельности учреждений здравоохранения на перспективу.

Основные направления взаимодействия:

- проведение социально-гигиенического мониторинга;
- медицинское обеспечение безопасности перевозок;
- медико-санитарное обеспечение пассажирских перевозок, в том числе организованных детских контингентов;
- контроль за медико-санитарным состоянием вокзалов и пассажирских вагонов;
- медико-санитарное обеспечение мероприятий по ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций;
- профилактика и снижение уровня заболеваемости;
- улучшение условий труда, быта и отдыха работников железнодорожного транспорта;
- санитарная охрана территории России.



¹ Медицина катастроф входит в проблему медицинского обеспечения безопасности движения несколько условно, поскольку вступает в действие, когда безопасность движения не была обеспечена. Департаментом медицинского обеспечения и подчиненными ему управленческими структурами осуществляется управление деятельностью учреждений здравоохранения по медико-санитарному обеспечению мероприятий при ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций на объектах железнодорожного транспорта. Совместно с Минздравом России, Минобороны России, МЧС и МВД России, а также с Госкомэкологии России проводятся командно-штабные учения по ликвидации медико-санитарных последствий различных чрезвычайных ситуаций. В отрасли разработаны и внедрены важнейшие документы по вопросам чрезвычайных ситуаций: «Система организации медико-санитарного обеспечения при ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций на железнодорожном транспорте», «Инструкция по организации экстренной медицинской помощи пострадавшим при крушениях и авариях на железных дорогах», «Положение о взаимо-

действии Министерства путей сообщения Российской Федерации и Министерства здравоохранения Российской Федерации по предупреждению и ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций» и другие. С целью повышения эффективности деятельности по предупреждению и ликвидации медицинских последствий ЧС техногенного характера от стихийных бедствий и иных причин совершенствуется взаимодействие учреждений здравоохранения на ж.-д. транспорте с органами управления здравоохранением субъектов Российской Федерации.

² Рядом с медицинской экспертизой лиц, работающих в профессиях и должностях, непосредственно обеспечивающих движение поездов, с позиций их профпригодности стоят и вопросы профессиональной патологии. Формально осмотры производятся по разным приказам, в разных комиссиях, результаты обычно протоколируются отдельно. Фактически же работа по этим разделам проводится одновременно, чтобы человека дважды не вызывать на медосмотр в один и тот же год. При этом соблюдаются все регламентируемые соответствующими документами обследования.

Раздел профессиональной патологии у железнодорожников является относительно специфичным для железнодорожной медицины. Относительная специфичность состоит в том, что здесь нередко сочетаются вопросы профпатологии и профпригодности лиц, связанных с движением поездов, а также в том, что в профпатологии важно знание тонкостей отрасли и условий труда в отдельных профессиях, что не всегда находит в должной мере отражение в санитарно-гигиенических характеристиках. Есть и другие специальные стороны.

В системе железнодорожного транспорта, включая примыкающие к нему заводы, в год регистрируется 200–300 новых случаев профессиональных заболеваний (порядка 1 на 10 000 работающих). Выявление (не учтение!) их за последние 10–12 лет увеличилось в 6–8 раз, хотя и в настоящее время оно, видимо, еще не полное. Этому вопросу в профилактике профзаболеваний в железнодорожной системе уделяется большое внимание (хотя отрасль и не относится к особо неблагоприятным в данном отношении). Создан мониторинг рабочих мест с вредными условиями труда,

имеющий целью их ликвидацию или улучшение; Центр профпатологии и экспертизы профпригодности, обеспечивающий клиническую и методическую часть работы. Основными профзаболеваниями у железнодорожников в порядке их убывания по частоте являются: пылевые болезни легких, профессиональная тугоухость, вибрационная болезнь, заболевания опорно-двигательного аппарата и периферической нервной системы, профаллергозы (включая профдерматозы аллергической природы), профинтоксикации. У работающих на подвижном составе основными профессиональными заболеваниями являются профессиональная тугоухость и вибрационная болезнь. К профессиональной патологии примыкают вопросы профессиональных аспектов общих заболеваний: влияние ведущих железнодорожных профессий на возникновение, особенности течения, лечения и профилактики таких заболеваний, как невроты, гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца и некоторые другие. Эти вопросы также разрабатываются в железнодорожном здравоохранении.

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ ВООРУЖЕННЫХ СИЛ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

НАЧАЛЬНИК ГЛАВНОГО
ВОЕННО-МЕДИЦИНСКОГО
УПРАВЛЕНИЯ
МИНИСТЕРСТВА ОБОРОНЫ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Иван Михайлович Чиж



Главная особенность развития военного здравоохранения в современных условиях заключается в том, что, с одной стороны, оно должно соответствовать планам и программам военного строительства, с другой – направлениям развития государственной системы здравоохранения и социальной политики государства. Поэтому в организации управления военной медициной необходимо стремиться к достижению оптимальной сбалансированности ее социальной и военной составляющей.

Приоритетные направления работы медицинской службы следующие.

Первое. Совершенствование системы профилактики заболеваемости в Вооруженных Силах по наиболее актуальным для войск болезням.

Особенности жизнедеятельности организованных коллективов, специфика военной службы способствуют формированию повышенного риска возникновения ряда заболеваний.

Большинство распространенных для войск болезней имеют социально-бытовые корни, и одним из основных направлений в системе профилактической работы является снижение (или устранение) неблагоприятного влияния факторов внешней среды, способствующих возникновению и распространению заболеваний (недоброкачественная пища, вода, воздействие температурных факторов и другие).

Однако практический опыт свидетельствует, что даже при наличии достаточно убедительной информации о неблагоприятном прогнозе эпидемиологической обстановки на конкретном объекте своевременно предупредить развитие ситуации по известному сценарию не всегда представляется возможным.

Если, например, по каким-либо причинам жилой фонд гарнизона оказался неподготовленным к зимнему сезону и в силу этого угроза роста заболеваемости военнослужащих болезнями органов дыхания очевидна, то нормализовать условия быта в короткие сроки и предупредить воздействие холодного фактора на воинские коллективы практически невозможно.

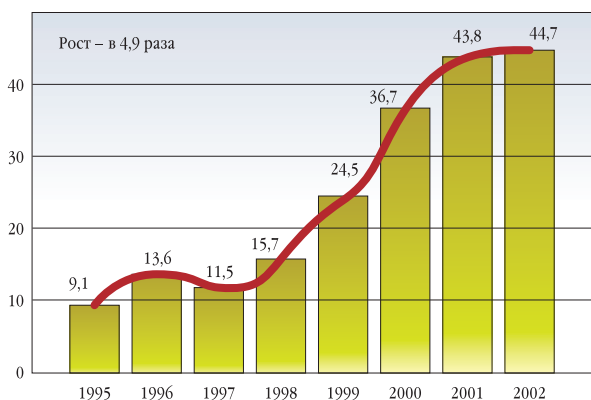
Поэтому исключительно важным направлением в организации профилактической работы в Вооруженных Силах является применение средств иммунопрофилактики, повышающих резистентность организма человека в отношении конкретных заболеваний.

Хорошо известна так называемая группа детских инфекций, управляемых средствами иммунопрофилактики. К ним относятся: корь, эпидемический паротит, дифтерия и ряд других болезней, возникающих в основном в детском возрасте.

Начиная примерно с 1995 года на фоне общей неблагоприятной эпидемиологической обстановки среди населения в Вооруженных Силах наметился рост заболеваемости этими инфекциями среди военнослужащих по призыву. Основная причина – высокая восприимчивость молодых людей к «детским» инфекциям, связанная с тем, что прививочная кампания среди детей в стране в тот период была практически дезорганизована.

Было принято решение о проведении вакцинации военнослужащих, которая, как и ожидалось, явилась достаточно эффективной профилактической мерой против указанных заболеваний. По сравнению с 1998 годом (пик заболеваемости) уровень заболеваемости корью и эпидемическим паротитом снизился в 10 раз с устойчивой тенденцией к дальнейшему снижению (в сравнении с 2001 годом заболеваемость этими инфекциями

1



ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПНЕВМОНИЯМИ СРЕДИ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ ПО ПРИЗЫВУ (НА 1000 ЧЕЛ.)

снизились в 2,5 и 2,7 раза соответственно). Дифтерия регистрируется на спорадическом уровне.

Достигнутые результаты позволили в 2003 году исключить из нового календаря прививок иммунизацию военнослужащих (по призыву) против этих инфекций.

Следует отметить, что за последние годы произошли существенные изменения в эпидемиологической картине заболеваемости как среди населения, так и соответственно военнослужащих. Активизировалась такая патология, как туберкулез, вирусные гепатиты, болезни органов дыхания, ВИЧ-инфекция и другие заболевания.

Благодаря созданию новых иммунобиологических препаратов закономерно расширяется спектр заболеваний, которыми можно «управлять» средствами иммунопрофилактики.

Сегодня к числу таких инфекций можно отнести вирусные гепатиты, брюшной тиф, пневмонию и ряд других болезней.

Однако, учитывая высокую стоимость вакцин против этих заболеваний и вместе с тем значительный вклад социально-бытовых и организационных факторов в природу их возникновения, решение об объемах вакцинации представляет собой непростую задачу. В настоящее время вакцинация против этих инфекций планируется и проводится выборочно с учетом неблагоприятного прогноза развития ситуации по заболеваемости в том или ином гарнизоне (регионе).

Так, в настоящее время вакцинация военнослужащих против вирусного гепатита А проводится прежде всего в группировке войск на Северном Кавказе, в частях, дислоцированных в Республике Таджикистан, и некоторых других гарнизонах.

В группировке войск на Северном Кавказе благодаря иммунизации уровень заболеваемости в 2002 году (по сравнению с 2000 годом) снизился в 5,7 раза; в войсках, размещенных на территории Республики Таджикистан, – в 2,8 раза.

В 2002 году впервые наметилась тенденция к снижению заболеваемости вирусным гепатитом А (на 13,5%) в целом по Вооруженным Силам, рост которой наблюдался с 1999 года.

Начиная с середины 90-х годов не прекращается рост заболеваемости болезнями органов дыхания, особенно пневмониями среди военнослужащих по призыву. В 2002 году (по сравнению с 2001 годом) уровень заболеваемости вырос на 4% (рис. 1).

Особой заботы и внимания требует молодое пополнение.

Молодые люди прибывают из различных регионов страны, каждый со своей индивидуальной микрофлорой. В новом коллективе идет активный процесс обмена микрофлорой (в том числе через органы дыхания), в результате чего формируется новая эпидемиологическая среда обитания. Поэтому в этот период адаптации к внешним условиям риск заболеваемости наиболее высокий.

В период с ноября 2002 года по апрель 2003 года проводились эпидемиологические испытания вакцины «Пневмо-23» (против пневмонии), которые подтвердили ее профилактическую эффективность.

В то же время успех предупреждения заболеваемости пневмониями определяется прежде всего качеством выполнения комплекса мероприятий организационного характера: ранним и активным выявлением заболевших острыми респираторными инфекциями, их своевременной изоляцией, госпитализацией и адекватным лечением, а также действенным санитарным надзором за условиями жизни и быта войск.

Развитию и укреплению системы профилактической работы подчинены и задачи, решаемые в рамках следующего важнейшего направления деятельности.

Второе. Повышение уровня организации и качества диспансеризации военнослужащих, ее методическое и техническое обеспечение.

В последние годы наблюдаются стабильно высокие показатели уровня заболеваемости болезнями органов кровообращения среди военнослужащих по контракту, особенно гипертонической болезнью.

Одной из причин в развитии этих заболеваний является недооценка значимости их раннего выявления и своевременного проведения необходимых лечебных и профилактических мероприятий, то есть диспансеризации.

Из Вооруженных Сил ежегодно увольняется по состоянию здоровья около 6,5 тыс. военнослужащих, проходящих военную службу по контракту, каждый второй из которых – до достижения предельного возраста пребывания на военной службе. Основная причина – сердечно-сосудистая патология.

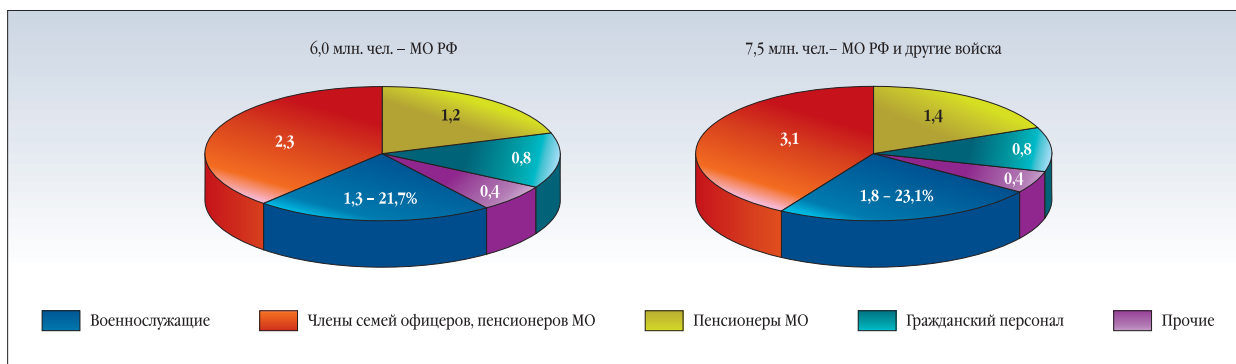
В качестве примера приведем данные результативности диспансеризации по опыту 2-го Центрального военного клинического госпиталя имени П.В. Мандрыки (2-й ЦВКГ). На диспансерном учете в этом госпитале состоят офицеры и генералы старшего возраста, страдающие, как правило, хроническими заболеваниями и нуждающиеся в систематическом обследовании и лечении.

При стабильно высоких показателях охвата углубленным медицинским обследованием пациентов за 17-летний период наблюдений показатель выявляемости заболеваний увеличился в 1,8 раза.

Благодаря своевременному выявлению и лечению больных частота рецидивов хронических заболе-



2



ВЕЛИЧИНА И СТРУКТУРА КОНТИНГЕНТОВ ЛИЦ, НАХОДЯЩИХСЯ НА МЕДИЦИНСКОМ ОБЕСПЕЧЕНИИ В УЧРЕЖДЕНИЯХ МИНОБОРОНЫ РОССИИ (МЛН. ЧЕЛ.)

ваний (за этот же период) снизилась в 3 раза, частота летальных исходов от инфаркта миокарда – в 2 раза, при этом средний возраст заболевших увеличился на 7 лет (67,3 года в 1985 году, 74,1 года в 2002 году).

И последний, самый главный, показатель: средняя продолжительность жизни пациентов 2-го ЦВКГ составляет 77–79 лет, из них число работающих в 2002 году – 67,4% при их среднем возрасте – 73,1 года.

Не преувеличивая, можно сказать, что это – итог освоения многолетнего опыта диспансеризации, которая проводится неформально, с использованием современных технологий, на основе ответственности медицинского персонала, доверия и заинтересованности самих пациентов.

Сергею Петровичу Боткину, выдающемуся ответственному терапевту, принадлежат замечательные слова, которые прозвучали более века тому назад: «Предупреждать развитие болезни, уменьшать число умерших будет еще важнее, чем вылечить захворавшего».

Эти слова, утверждающие приоритет профилактики в развитии системы охраны здоровья людей, никогда не утратят своей актуальности.

С развитием системы диспансеризации тесно взаимосвязаны задачи, решаемые в интересах совершенствования лечебно-диагностической работы.

Третье. Обеспечение качественной медицинской помощи больным в войсковом звене, на амбулаторно-поликлиническом и госпитальном уровнях.

Согласно современному законодательству на учреждения Министерства обороны возложен значительный объем работы. Сегодня около 6 млн. граждан России (и более 7,5 млн. чел. – с учетом перехода на единую систему медицинского обеспечения Вооруженных Сил, других войск, воинских формирований и органов) имеют право на медицинские услуги в военно-медицинских учреждениях (военнослужащие, ветераны военной службы, члены их семей и некоторые другие категории граждан). Возрастает доля лиц старшего возраста, нуждающихся в длительном и дорогостоящем лечении (рис. 2).

Военная медицина располагает достаточно современной лечебно-диагностической базой и квалифицированными кадрами для решения этих задач и постоянно наращивает свой потенциал.

В ее составе 245 военных госпиталей и лазаретов, 149 поликлинических структур, 45 санаториев и домов отдыха, 63 учреждения государственного санитарно-эпидемиологического надзора, 46 учреждений медицинского снабжения, 5 вузов и 45 лабораторий.

Примерно 70% контингентов лиц, обслуживаемых в военно-медицинских учреждениях, проживает в европейской части страны (на территории Московского, Ленинградского и Приволжско-Уральского военных округов).

Наиболее сложным и в то же время главным объектом военной медицины является войсковое звено медицинской службы – медицинские подразделения и части воинских частей и соединений.

Большинство военных врачей начинает свой профессиональный путь с войсковой медицины. Будущее в ее развитии – в расширении лечебно-диагностических возможностей войсковых врачей.

Войсковой врач – это прежде всего врач общей практики. Усиление роли врача общей практики рассматривается как один из важнейших приоритетов в развитии современного здравоохранения. Его значимость и перспективность определяются необходимостью интегрального видения человека, всесторонних оценок состояния его здоровья и болезни уже на уровне первичного звена медицинской помощи.

Обеспечение качества медицинских услуг на уровне современных требований обуславливает необходимость постоянного совершенствования организации работы военных госпиталей и поликлиник.

По итогам 2002 года в военно-лечебных учреждениях и подразделениях получили стационарное лечение около 1 млн. человек, в том числе в военных госпиталях и военных лазаретах 800 тыс. человек и лазаретах медицинских пунктов – 200 тыс. человек – на 3,3% больше, чем в 2001 году.

Возрос объем помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях и подразделениях – всего около 13 млн. посещений, в том числе в медицинских ротах и медицинских пунктах – 2,1 млн. посещений – в целом на 3,8% по сравнению с 2001 годом.

Увеличение объемов амбулаторно-поликлиниче-



Таблица 1

**ХАРАКТЕРИСТИКА ИСХОДОВ
БОЕВЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ЛИЧНОГО
СОСТАВА В ВОЙНАХ XX ВЕКА (В ПРОЦЕНТАХ)**

Войны и вооруженные конфликты	Возвращено в строй	Уволено	Умерло
ВОВ 1941–1945 (СССР)	72,3	22,0	5,7
Афганистан, 1979–1989 (СССР)	77,9	18,6	4,4
Корея, 1950–1953 (США)	73,7	23,8	2,5
Вьетнам, 1964–1973 (США)	81,4	16,1	2,5
Чечня, 1994–1996	87,1	11,4*	1,5
Чечня, 1999–2000	89,5	9,0*	1,5

* С учетом военнослужащих, уволенных в отпуск по болезни.

ской и стационарной помощи в военно-лечебных учреждениях, которое происходит на фоне реструктуризации и сокращения коечной сети, показывает, что и стационары, и амбулатории используются достаточно интенсивно.

Главная цель в этой области работы – повышение эффективности использования ресурсов, доступности и качества медицинских услуг. Она достигается путем планомерного расширения возможностей амбулаторно-поликлинического звена (за счет перемещения части объемов медицинской помощи из стационарного сектора в амбулаторный) и соответствующей реструктуризации коечного фонда стационаров.

Одним из основных механизмов дальнейшей развития этой тенденции является внедрение в практику стационарозамещающих (малозатратных) технологий. В настоящее время на базе военно-лечебных учреждений развернуто более 80 дневных стационаров на 627 коек, в которых в 2002 году пролечилось около 24 тыс. больных.

Внедрение этой организационной формы обеспечивает и медицинский, и экономический эффект, то есть качество медицинской услуги гарантируется при сравнительно меньших затратах, чем в стационаре.

Таким образом, развитие системы амбулаторно-поликлинической помощи представляет собой весомый резерв повышения эффективности использования ресурсов, качества медицинских услуг и усиления профилактической направленности в деятельности военного здравоохранения. Укрепление амбулаторно-поликлинического звена снимет излишнюю нагрузку с военных госпиталей, создаст условия для оптимизации структуры коечного фонда стационаров и повышения эффективности его использования. Практическая значимость достижения этой цели определяется тем обстоятельством, что стационарная служба по-прежнему остается наиболее ресурсоемким сектором в здравоохранении, и военном здравоохранении в частности.

Основными направлениями в развитии военных госпиталей на ближайшие годы являются: совершенствование специализированной медицинской помощи в уста-

новленном объеме в регионах (в гарнизонных, окружных, флотских и видовых госпиталях) и обеспечение высокотехнологичных видов специализированной помощи в интересах Вооруженных Сил в учреждениях Центра.

Активно внедряются в лечебно-диагностический процесс высокие технологии – за ними будущее специализированной медицинской помощи.

Так, например, с помощью эндовидеохирургии – одного из ведущих направлений в развитии высоких технологий – уже в ближайшие годы будут выполняться: до 70% операций на органах грудной клетки, 80% операций на органах брюшной полости, 100% гинекологических вмешательств.

Основной потенциал высоких технологий сосредоточен в военно-лечебных учреждениях Центра, и прежде всего – в Главном военном клиническом госпитале им. Н.Н. Бурденко, Центральном военном клиническом госпитале им. А.А. Вишневского и Военно-медицинской академии. Эти учреждения способны обеспечить 80–85% установленного перечня высокотехнологичных видов медицинской помощи.

Развитие военных госпиталей округов, гарнизонов с точки зрения внедрения новых технологий будет осуществляться планомерно по мере укрепления их материально-технической базы и с учетом экономической и клинической целесообразности.

Необходимо подчеркнуть, что совершенствование материально-технической базы военно-медицинских подразделений и частей является одним из определяющих факторов в системе приоритетов современного военно-медицинского строительства.

В 2001 году министром обороны Российской Федерации утверждена ведомственная целевая программа «Развитие материально-технической базы военно-медицинских учреждений на 2001–2010 годы», в соответствии с которой предусмотрен большой объем работ по строительству и реконструкции объектов военной медицины и их планомерное техническое перевооружение.

Таким образом, развитие материально-технической базы медицинской службы – одно из главных условий эффективной работы военно-медицинских учреждений в гражданско-правовом поле государственной системы здравоохранения.

Стабильность в работе военно-лечебных учреждений, качество медицинской помощи во многом связаны с решением проблемы лекарственного обеспечения.

Это сложная тема. Около 50% всех категорий лиц, прикрепленных к военно-лечебным учреждениям, имеют право на бесплатное получение лекарств. Это право должно быть гарантировано государством, хотя возможности бюджета ограничены. К тому же наблюдается постоянный рост цен на лекарственную продукцию.

Каким образом решается эта проблема?

Во-первых, путем максимальной сбалансированности бюджета и потребностей. По итогам года уровень обеспеченности лекарствами военнослужащих доведен до 70%. Судя по проекту бюджета будущего года, перспективы улучшения лекарственного обеспечения (в 2004 году) вполне реальны.



3

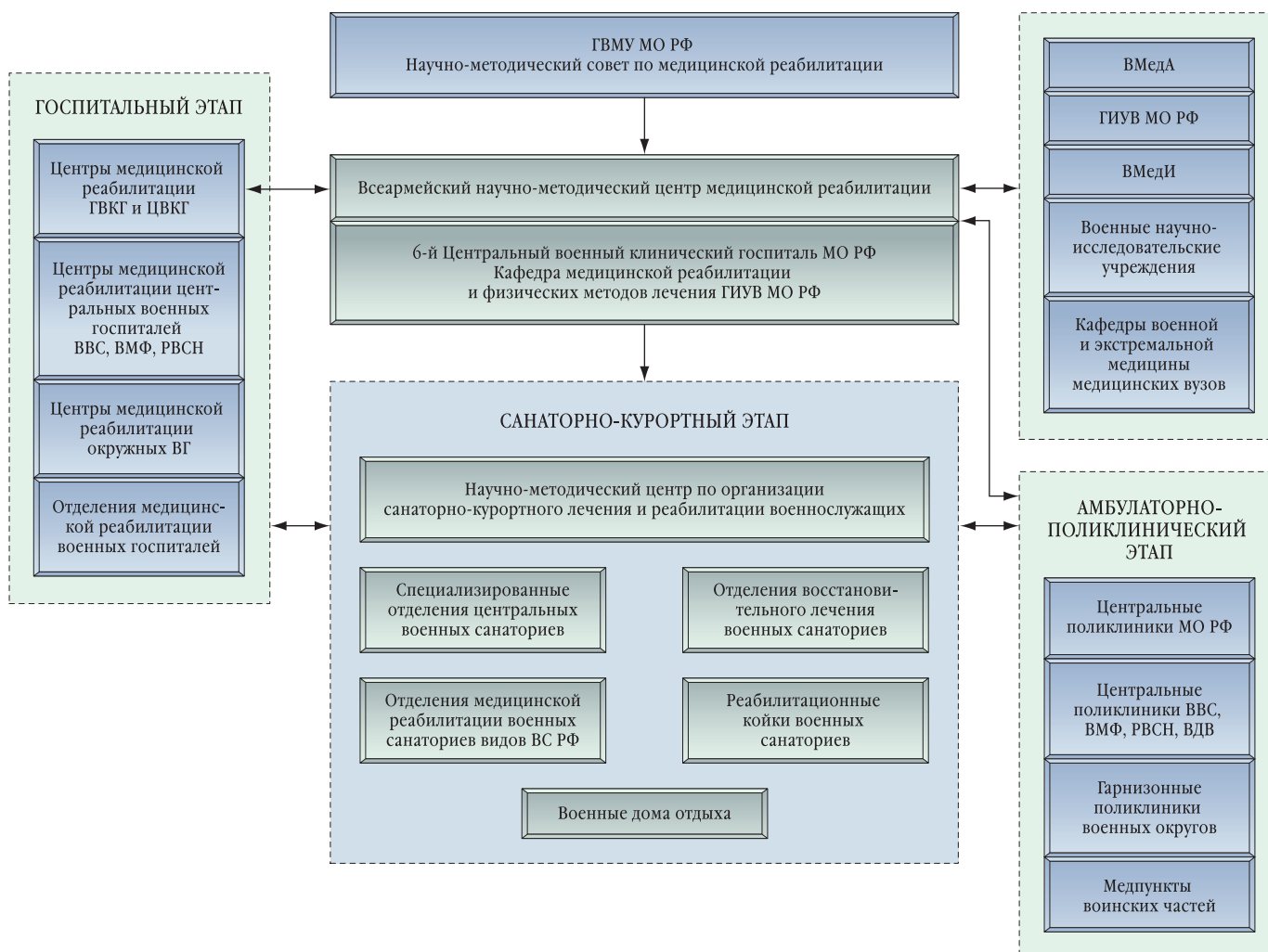


СХЕМА ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ В СИСТЕМЕ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ВС РФ

Во-вторых, путем оптимизации централизованных закупок на основе применения формуляра лекарственных средств. Количество лекарственных препаратов, зарегистрированных и разрешенных к применению в России, составляет свыше 14 тыс. наименований. Создание системы отбора наиболее эффективных и безопасных лекарств не только сокращает расходы на их приобретение, но и оптимизирует лекарственную терапию. Опыт показывает, что применение стандартов и формулярной системы позволяет экономить около 30% средств на закупки при одновременном повышении эффективности лечения.

В целом, оценивая состояние и перспективы повышения качества лечебно-диагностической работы, можно считать, что в настоящее время процесс развития в этой области становится управляемым и прогнозируемым.

Следует подчеркнуть, что медицинское обеспечение Вооруженных Сил в мирное время нацелено прежде всего на обеспечение готовности в медицинском отношении войск (сил) к действиям в боевой и другой экстремальной обстановке.

Четвертое. Повышение уровня готовности медицинской службы к действиям в боевых условиях и экстремальных ситуациях мирного времени.

За последнее десятилетие военная медицина дважды держала экзамен на прочность и надежность в боевых действиях на Северном Кавказе (в 1994–1996 и 1999–2000 годы).

Оценивая ситуацию в целом, сегодня можно констатировать, что, несмотря на известные трудности, военные медики выполнили поставленные перед ними задачи.

Из опыта медицинского обеспечения войск в 1994–1996 годах были извлечены серьезные уроки и проведен ряд организационно-технических преобразований сил и средств медицинской службы постоянной готовности.

Особое внимание уделялось повышению боеготовности групп специализированной медицинской помощи, предназначенных для усиления медицинских частей войскового района и медицинских отрядов специального назначения.



Эти подразделения дислоцированы на базе крупных госпиталей Центра и военных округов. Уровень их боеготовности обеспечивается проведением плановой боевой и специальной подготовки, предусмотренной соответствующими программами.

Как показывает опыт событий в Чечне, время на подготовку к выполнению боевой задачи может оказаться крайне ограниченным.

Так, в первые дни начала дагестанского этапа контртеррористической операции три группы специализированной медицинской помощи (ВМедА, ГВКГ им. Н.Н. Бурденко и 3-й ЦВКГ им. А.А. Вишневого) и три медицинских отряда специального назначения (ЛенВО, ПриВО, УрВО) были направлены в район вооруженного конфликта.

Накануне событий 1999–2000 годов был обеспечен достаточно высокий уровень боеготовности медицинских сил и средств.

Благодаря этому, а также другим организационным решениям, реализованным согласно обстановке, средние сроки оказания хирургической помощи (в том числе неотложной специализированной) раненым сократились почти вдвое.

Медицинская помощь была оказана свыше 38 тыс. раненых и больных. Более 6 тыс. раненых, нуждающихся в длительном лечении, эвакуированы в специализированные учреждения Центра и военных округов.

Общепризнанный критерий эффективности системы медицинской помощи раненым – показатель летальности (1,5%) – оказался намного ниже по сравнению с соответствующими данными по другим военным конфликтам (Афганистан – 4,4%, Вьетнам, США – 2,5% и т.д.) (табл. 1).

Вполне понятно, что вопросам боеготовности медицинской службы уделяется постоянное внимание. Солдаты и офицеры должны знать, что военные медики всегда готовы прийти на помощь и достойно исполнить свой воинский и профессиональный долг.

Одним из наиболее тяжелых социальных последствий войны являются раненые и больные, получившие тяжелое повреждение и нуждающиеся в длительном восстановительном лечении.

Восстановление здоровья военнослужащих и других категорий граждан после ранений и травм в боевой обстановке, заболеваний, связанных с исполнением обязанностей военной службы, представляет собой исключительно важную социальную проблему, решение которой определяет актуальность следующего важнейшего направления деятельности медицинской службы Вооруженных Сил.

Пятое. Развитие системы медицинской реабилитации в Вооруженных Силах.

Медицинская реабилитация в Вооруженных Силах представляет собой организационно оформленную систему работы учреждений (амбулаторно-поликлинических, госпитальных, санаторно-курортных), которая функционирует на основе преемственности в организации восстановительного лечения и единой методологии (рис. 3).

Общее руководство организацией медицинской реабилитации осуществляет постоянно действующий Научно-методический совет (по медицинской реабилитации) при начальнике Главного военно-медицинского управления.

На 6-й Центральный военный клинический госпиталь (специализированный госпиталь восстановительного лечения) возложены функции всероссийского научно-методического центра медицинской реабилитации.

В ряде военных госпиталей Центра сформированы центры медицинской реабилитации, в основу модели их функционирования положен многолетний опыт работы 6-го ЦВКГ.

В соответствии с показаниями и на основании заключения военно-врачебной комиссии (на бесплатной основе) больные переводятся из госпиталей для последующей реабилитации в военные санатории. Для этой цели в военных санаториях созданы штатные и нештатные отделения восстановительного лечения (реабилитационные койки).

Наряду с этим в военных санаториях проводится специализированная санаторная реабилитация, для чего предназначены специализированные отделения санаториев (Ессентукского, Кисловодского, Пятигорского, «Архангельское»).

С целью восстановления здоровья военнослужащих спецконтингента в санаториях «Адлер» и «Чемиток-вадже» функционируют отделения спецтренировок летного состава. В 2002 году восстановили свое профессиональное здоровье более 280 летчиков, штурманов и других членов экипажей.

Созданная система медицинской реабилитации обеспечила возможность восстановительного лечения свыше 15 тыс. военнослужащих, получивших повреждение здоровья при проведении контртеррористической операции в Чечне (из них более 14,5 тыс. прошли госпитальный и более 0,6 тыс. – санаторный этапы реабилитации).

В соответствии с поручениями Президента Российской Федерации и Правительства Российской Федерации Минобороны России (ГВМУ МО РФ) разработана, согласована с заинтересованными федеральными органами исполнительной власти и 30 июля 2003 года утверждена министром обороны Российской Федерации Межведомственная программа «Реабилитация военнослужащих, граждан, уволенных с военной службы, и сотрудников правоохранительных органов, пострадавших при выполнении задач в условиях боевых действий и при проведении контртеррористических операций», которая направлена в заинтересованные федеральные органы исполнительной власти для реализации соответствующих мероприятий.

Роль военного здравоохранения, как и всякой государственной структуры, определяется ее способностью выполнять возложенный на нее объем задач на уровне требований, которые предъявляет время.

МЕДИЦИНСКИЕ АСПЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ ВС РФ

Согласно законодательству Российской Федерации, около 6 млн. ее граждан предоставлено право на получение медицинской помощи в военных лечебно-профилактических учреждениях. Для реализации этого права в Минобороны России сформирована система медицинского обеспечения, позволяющая поэтапно наращивать возможности по оказанию медицинской помощи пациентам от войскового до центрального звена. При этом в последнем сконцентрированы наиболее современные виды специализированной медицинской помощи.

Основная задача системы – в максимально сжатые сроки определить диагноз пациента и направить его в то лечебно-профилактическое учреждение, где ему будет оказана исчерпывающая помощь в полном объеме. Значение этой системы существенно возрастает в период ведения боевых действий войск и при появлении массовых санитарных потерь. Безусловно, для решения такой задачи требуются оснащение военных медицинских учреждений современным диагностическим оборудованием и наличие профессионально подготовленных медицинских специалистов.

Возможно ли выполнение этих задач в нынешних условиях? Ответ очевиден: нет. Основные причины – недостаточное финансирование военной медицины, падение престижности службы в военных медицинских учреждениях, недостаточный уровень профессиональной подготовки медицинских специалистов, территориальная разобщенность военных лечебно-профилактических учреждений и др.

Один из перспективных путей преодоления указанных проблем – автоматизация (внедрение современных информационных технологий) деятельности медицинской службы.

Автоматизация деятельности медицинской службы ВС РФ, предназначенной для обеспечения своевременного и качественного оказания медицинской помощи военнослужащим, является весьма сложным и важным направлением. Оно не может развиваться на базе имеющих место в здравоохранении подходов, свя-

занных с увеличением оснащенности медицинской и вычислительной техникой, сбором и обработкой статистических данных, формированием учетно-отчетных документов. Основное внимание должно быть направлено на автоматизацию технологических процессов лечебно-профилактических учреждений (объектов управления). При этом создаваемые автоматизированные системы должны обеспечивать постоянный контроль за качеством профилактической и лечебно-диагностической деятельности учреждений в реальном масштабе времени, четкое регулирование работы подразделений и их информационное взаимодействие, экономический подход к решению задач, информационную поддержку повышения квалификации медицинских специалистов и объективное выявление их знаний и опыта, жесткое разграничение доступа к информации и др.

К основным целевым функциям этих систем следует отнести: качество оказания медицинской помощи военнослужащим, своевременность, экономичность с учетом необходимости и достаточности медицинской помощи, профессиональный уровень специалистов и производительность их труда, соответствие современным научно-техническим и медицинским стандартам.

Успешное решение задач по сохранению и укреплению здоровья военнослужащих на фоне составляющих, оказывающих влияние на его состояние, зависит от ряда факторов. Состояние здоровья военнослужащих на должном уровне поддерживается мероприятиями, зависящими в большинстве своем от командования воинских частей и вышестоящих органов, что нашло свое отражение в Уставе внутренней службы ВС РФ. К числу этих факторов относится и готовность сил и средств медицинской службы к своевременному и качественно-му выполнению задач по проведению профилактических мероприятий и лечению больных.

Ценность предшествующих усилий по внедрению информационных технологий в клиническую практику заключается, на наш взгляд, в том, что они помогли клиницисту глубже осознать объем, содержание и сложности

его деятельности, подвигали его сознание на необходимость строго научно обоснованного решения стоящих перед ним задач. Но глобального внедрения компьютерных технологий в ядро клинической практики (лечащий врач – пациент) не произошло. Для того чтобы это случилось, компьютерные технологии должны обеспечить оптимизацию и контроль лечебно-диагностического процесса. В первую очередь с их помощью необходимо создать открытость работы врача и другого медицинского персонала. Под «открытостью» мы понимаем следующее: если лечащий врач или другой участник не выполнил заложенного в медицинской технологии действия, то это должно стать очевидным для него самого, начальника отделения и всех лиц, которые осуществляют функции контроля, и быть зафиксированным в соответствующих документах. Реализация данного направления рассматривается как один из подходов при создании автоматизированной системы управления военного лечебно-профилактического учреждения, в основе построения которой находится лечебно-диагностический процесс, а главным объектом является больной.

В центре клинической практики находятся врач и пациент. Основное содержание деятельности врача заложено в этимологии характеризующих и определяющих ее слов: «лечить», «врачевать», «целить», «пользовать» больного, которые в итоге означают одно – помогать больному.

При принятии решения о лечении больного нужно иметь в виду, что оно является врачебным вмешательством в естественное течение болезни. Поэтому термин «врачебное вмешательство» наиболее адекватно характеризует клиническую практику.

Исследователи, изучавшие травматический шок, в первую очередь отечественные, показали, что при определении характера врачебных вмешательств следует руководствоваться не только диагностическими показателями, но и прогнозом течения и исходов. Прогноз должен стать повседневным практическим мероприятием. Врачебные вмешательства предназначены учитывать и влиять в первую очередь на прогнозируемые исходы заболевания. Планируемый и ожидаемый результаты врачебного вмешательства являются целью лечения больного.

Все компоненты лечебно-диагностического процесса объединены и направлены на достижение целей врачебного вмешательства. Таким образом, понятие «цели лечения» является основным, системообразующим фактором клинической практики. Прочие понятия – «диагноз», «показания» и др. являются инструментами для достижения целей врачебного вмешательства.

Использование этого понятия предполагает огромную, часто решающую роль пациента в клинической практике.

Принципиальным отличием лечебно-диагностического процесса от производственного является уникальность его объекта: человека, личности. Кроме того, пациент является не только объектом лечебно-диагностического процесса, но и его субъектом, активно участвующим и влияющим на содержание и выполнение этого процесса от его начала и до завершения (реагирует, облегчает, затрудняет и т.д.). Более того, пациент дает оцен-

ку результатам лечения, и эта оценка рассматривается в соответствии с современным принципом биоэтики (принципом информированного согласия) как важнейший критерий качества медицинской помощи. Главная же роль пациента как объекта-субъекта клинической практики – это его участие в выработке и формулировании совместно с врачами ожидаемых результатов лечения, т.е. целей лечения, достижение которых удовлетворяет пациента. Совместное с врачом формулирование целей лечения служит мощным мотивом для активного участия пациента в лечебно-диагностическом процессе для достижения запланированного результата лечения.

Так как основой для принятия решения о врачебном вмешательстве является знание исходов при естественном течении заболевания у пациента, то для формулирования целей лечения привлекаются в первую очередь следующие характеристики заболевания пациента:

1. Нозологическая форма в соответствии с действующим изданием МКБ, учет которой «привязывает» конкретный случай заболевания к международной биомедицинской научной терминологии в литературе и материалам по вопросам диагностики, лечения и реабилитации больных.

2. Клинический диагноз, фигурирующий в истории болезни больного, использующий клинические классификации болезней и учитывающий интранозологические характеристики заболевания (тип течения, фазу и стадию заболевания, степень нарушения функций органов и систем), осложнения, сопутствующие заболевания. Клинический диагноз должен учитываться при формулировании целей лечения потому, что он учитывает индивидуальные характеристики заболевания у конкретного больного.

3. Общий и частный прогноз учитывает исходы заболевания, вероятность осложнений, служит важнейшим материалом для формулировки целей лечения (возможность избежать неблагоприятных исходов, увеличить вероятность благоприятных исходов, учесть предпочтения самого пациента).

Формулирование целей лечения (вслед за принятием решения о необходимости его проведения) позволяет сделать выбор наиболее эффективного варианта врачебного вмешательства у данного больного, предложить пациенту обоснованный план лечения и заручиться его согласием в соответствии с принципом «информированного сотрудничества». Степень достижения поставленных целей лечения при его проведении и наблюдении за больным можно рассматривать в качестве критерия эффективности проводимого лечения.

При условии формулирования целей лечения у конкретного больного изменяется механизм выбора врачебного вмешательства.

Врачебные вмешательства (ВВ) с учетом их ожидаемого действия на данного больного – это научно рекомендованные методы лечения больных с данной нозологической формой, клиническим диагнозом и прочими характеристиками заболевания и самого больного.



Методической основой принятия решения о лечении и его содержании является сопоставление данных клинического диагноза и частного прогноза заболевания у конкретного больного с возможностями врачебных вмешательств при данном заболевании и «прогнозом ВВ». По сути, вопрос о принятии решения о лечении заключается в формулировании целей лечения.

Сопоставляя цели лечения как планируемый результат лечения с «прогнозом ВВ», врач обнаруживает, что выбор врачебных вмешательств для достижения поставленных целей невелик и ограничивается наиболее эффективными в данной клинической ситуации врачебными вмешательствами.

Следующий за постановкой диагноза и назначением лечения этап клинической практики – это проведение лечения и наблюдение за течением заболевания больного. В современной клинической практике наблюдению за течением заболевания придается очень большое значение как в плане уточнения диагноза, так и в плане контроля за эффективностью лечения. Наблюдение – не созерцательный, а чрезвычайно активный и насыщенный задачами процесс.

В первую очередь врач должен убедиться в правильности поставленного диагноза. Одним из критериев оценки правильности диагноза является констатация соответствия реального течения заболевания ожидаемому, соответствующему клиническому диагнозу. Выявление факторов, необъяснимых с точки зрения диагностируемого у больного заболевания, и неэффективность лечения должны побудить врача к продолжению дифференциальной диагностики до установления окончательного диагноза. Если сомнений в правильности диагноза нет, а проводимое лечение недостаточно эффективно, то врач должен по описанному выше пути выбрать иной вариант врачебного вмешательства. В работу именно этого этапа современные информационные технологии могут внести огромный вклад.

При этом необходимо учитывать некоторые особенности их применения в лечебно-диагностическом процессе:

- лечебно-диагностический процесс с трудом поддается формализации, так как основан на опыте, знаниях и творчестве врача, ответственного за жизнь и здоровье человека;
- внедрение современных информационных технологий существенно влияет на повышение его качества (совершенствуются методики и схемы диагностики, обследования и лечения больного, заложенные в автоматизированную систему);
- лечебно-диагностические мероприятия должны как можно меньше зависеть от опыта медицинских специалистов, участвующих в их проведении;
- вмешательство специалистов в лечебно-диагностический процесс – это норма, а в производственный процесс – это чрезвычайная ситуация.

Наряду с этим основным элементом системы остается лечащий врач. Ему принадлежит главная функция автоматизированной системы – оценка состояния больного, выдаваемых компьютером рекомендаций и на этой основе принятие соответствующего решения в процессе диагностики и лечения больного.

Система должна быть адекватна современным научно-техническим и медицинским стандартам и обеспечивать, кроме вышеизложенного, следующие функции:

- информационную поддержку логических схем дифференциальной диагностики и полноты обследования;
- комплексный подход при многопрофильном обследовании больных с сопутствующими заболеваниями;
- снижение экономических затрат на лечение при обеспечении необходимости и достаточности медицинской помощи;
- объективное выявление знаний и опыта медицинского персонала, повышение его квалификации и производительности труда.

Реализация вышеназванных положений предполагает «открытость» результатов работы медицинского персонала с больным перед руководством лечебно-профилактического учреждения и дополнительную работу при оценке заболевания, состояния больного, при выборе стратегии и тактики его лечения, что может негативно восприниматься некоторыми медицинскими специалистами.

С другой стороны, такой подход к разработке автоматизированной информационной системы позволит обеспечить:

- условия для закономерной и своевременной постановки более точного и полного диагноза;
- включение в клиническую деятельность врача прогноза течения заболевания;
- многоплановость контроля состояния больного и течения его болезни с обеспечением своевременной коррекции плана лечения;
- возможность представить картину болезни в более наглядном и полном виде.

Следует отметить, что в настоящее время рекомендуется создавать в лечебно-профилактических учреждениях механизмы учета мнения каждого пациента о результатах проведенного ему лечения. Для того чтобы избежать крайнего субъективизма в оценке пациентом результатов оказанной ему медицинской помощи, необходимо в процессе клинической практики осуществлять полноценную реализацию принципа информированного сотрудничества, а именно:

- информировать пациента о характере имеющегося у него заболевания и всех лечебно-диагностических мероприятиях, которые нужно проводить в каждом конкретном случае;
- убедиться в том, что пациент усвоил эту информацию;
- в дальнейшем предпочтения и выбор пациента оказывают влияние, нередко решающее, на все этапы лечебно-диагностического процесса.

В случае реализации этого принципа субъективизм оценки пациента или устраняется вовсе, или ослабляется до степени приемлемого.

Предлагаемые в данной работе медицинские основы построения автоматизированных информационных систем ориентированы прежде всего на автоматизацию технологических процессов, в которых



объектом внимания являются больной и состояние здоровья военнослужащих. Автоматизация деятельности медицинских специалистов лечебно-профилактических учреждений и органов управления медицин-

ской службой ВС РФ должна рассматриваться с точки зрения необходимости и целесообразности для достижения конечных целей этих процессов в интересах сохранения и укрепления здоровья военнослужащих.

ЗАМЕСТИТЕЛЬ НАЧАЛЬНИКА ГВМУ МО РФ,
КАНДИДАТ МЕДИЦИНСКИХ НАУК,
ГЕНЕРАЛ-ЛЕЙТЕНАНТ МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ
В.А. Гуляев

ЗАМЕСТИТЕЛЬ ГЕНЕРАЛЬНОГО
ДИРЕКТОРА ЗАО «ЭВРИКА»,
ДОКТОР ТЕХНИЧЕСКИХ НАУК,
ПОЛКОВНИК В ОТСТАВКЕ
А.И. Григорьев

ЗАСЛУЖЕННЫЙ ВРАЧ РОССИИ,
ПОЛКОВНИК МЕДИЦИНСКОЙ
СЛУЖБЫ В ОТСТАВКЕ
А.С. Ивлёв



З Д РА В О О Х РА Н Е Н И Е Р О С С И И

VII

ЮБИЛЕИ РОССИЙСКОГО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

К 60-ЛЕТИЮ ОСНОВАНИЯ
АКАДЕМИИ МЕДИЦИНСКИХ НАУК

575

ВСЕРОССИЙСКОМУ ЦЕНТРУ
МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ «ЗАЩИТА»

МИНЗДРАВА РОССИИ – 10 ЛЕТ

585

К 60-ЛЕТИЮ ОСНОВАНИЯ АКАДЕМИИ МЕДИЦИНСКИХ НАУК

30 июня 2004 года исполняется 60-летие исторического акта об учреждении Академии медицинских наук СССР. В 1944 году государство, направившее все свои ресурсы на борьбу за освобождение от фашистских захватчиков, пошло на организацию Академии медицинских наук. Это было связано не с возможностями бюджетного финансирования, но с осознанием государством жизненно важных потребностей общества и правильностью научной политики. История продемонстрировала на многих примерах закономерность, согласно которой в России наиболее важные решения принимались в сложнейших условиях и при наивысшем напряжении сил. Этой закономерности соответствует и решение о создании Академии медицинских наук.

В состав Академии наук СССР входило всего 12 ученых, имеющих отношение к медицине: трое избраны по физиологии (Л.А. Орбели, И.С. Бериташвили, Л.С. Штерн), трое – по патофизиологии (Н.Н. Аничков, А.А. Богомолец, А.Д. Сперанский), по одному – по зоологии (Е.Н. Павловский) и гельминтологии (К.И. Скрябин). Клиническая медицина была представлена двумя хирургами (Н.Н. Бурденко и С.И. Спасокукоцкий), терапевтом (Н.Д. Стражеско) и офтальмологом (М.И. Авербах). В составе Отделения биологических наук были следующие институты: физиологии растений, цитологии, микробиологии, биохимии, ботаники, зоологии, палеонтологии, эволюционной морфологии, физиологии. Такая научная база не позволяла Академии наук СССР выполнять функцию «научного штаба» по отношению к медицине и здравоохранению.

Несмотря на то, что медицина была представлена в Академии наук более чем скромно, ее вице-президент и академик-секретарь Отделения биологических наук, генерал-лейтенант медицинской службы Л.А. Орбели на заседании президиума 20 июня 1942 года сделал доклад о задачах, структуре и составе Военно-санитарной комиссии, которая и была организована по его предложению. Наряду с академиками, членами-корреспондентами и профессорами академических учреждений в комиссию

вошли: начальник Главного военно-санитарного управления (ГВСУ) Красной Армии Е.И. Смирнов, начальник Медико-санитарного управления Военно-Морского Флота Ф.Ф. Андреев, заместитель наркома здравоохранения профессор В.В. Парин, заместитель главного терапевта Красной Армии профессор М.С. Вовси и др. – всего свыше 70 человек. Роль Л.А. Орбели как руководителя и 7 членов бюро комиссии заключалась в том, чтобы, получив указание со стороны Главного военно-санитарного управления о необходимости разработать тот или иной вопрос, организовать выполнение задания. Комиссией была проведена большая работа, нашедшая отражение в трех выпусках «Военно-медицинского сборника», вышедших под редакцией Л.А. Орбели, но функции управления медицинской наукой она выполнить не могла. Поэтому Е.И. Смирнов образовал при ГВСУ свой ученый медицинский совет, в состав которого вошли многие ученые страны, в том числе Н.Н. Бурденко, Н.Н. Аничков, С.С. Гирголав, Ю.Ю. Джанелидзе, Б.С. Дойников, Ф.Г. Кротков, П.А. Куприянов, А.Д. Сперанский, В.Н. Шевкуненко, С.С. Юдин и др. Актуальные проблемы военной медицины регулярно обсуждались на пленумах ученого медицинского совета (в августе 1942 года состоялся VI пленум совета, в котором приняли участие 24 его члена).

Реальное руководство медицинской наукой осуществлял «высший научно-консультативный орган Наркомздрава СССР» – Ученый медицинский совет (УМС), председателем которого с 1937 года являлся хирург Н.Н. Бурденко, заместителем – гигиенист А.Н. Сысин, ученым секретарем – невролог С.А. Саркисов, членами президиума – терапевт М.П. Кончаловский, невропатолог М.Б. Кроль, хирург В.С. Левит, физиолог Л.Н. Федоров и др. К началу 1940 года в состав УМС входило 116 ученых, что позволило распространить его влияние на многие сферы здравоохранения. В мирное время УМС успешно справлялся с возложенной на него задачей по решению вопросов, касавшихся «организации, направления и оценки научно-исследовательской работы в системе здравоохранения». В годы Великой Отечествен-

1



Н.Н. БУРДЕНКО

ной войны УМС был главным штабом научной медицинской мысли, направлял работу свыше трехсот научно-исследовательских учреждений на организацию высококвалифицированного лечения раненых и больных бойцов и офицеров Красной Армии и обеспечение санитарного благополучия тыла страны. При непосредственном участии Н.Н. Бурденко, назначенного главным хирургом Красной Армии, созданы многочисленные инструкции, благодаря которым хирургическая помощь раненым оказывалась на основе новейших достижений медицинской науки. Под руководством УМС на огромном фактическом материале непрерывно велась научно-исследовательская работа, результаты которой внедрялись в лечебных учреждениях фронта и тыла. Были разработаны новые научно-обоснованные принципы и методы лечения раненых и больных, сохранившие свое значение до сегодняшних дней. Медицинские работники спасли жизни и восстановили здоровье многим миллионам защитников Родины, возвратили в строй 72,3% раненых и 90,6% больных, предотвратили развитие эпидемий. За годы войны было опубликовано свыше 15 тыс. работ по военной медицине. Государство высоко оценило достижения медицины. Более 116 тыс. военных медиков были награждены орденами и медалями, 47 удостоены звания Героя Советского Союза, а академиком Н.Н. Бурденко, Ю.Ю. Джанелидзе и Л.А. Орбели присвоено звание Героя Социалистического Труда.

О том, какого уровня достигло понимание значения медицины, ярко свидетельствует речь Председателя Президиума ВС СССР М.И. Калинина 20 мая 1943 года при вручении Н.Н. Бурденко ордена Ленина, медали «Серп и Молот» и грамоты о присвоении звания Героя Социалистического Труда: «Это награждение означает, что медицинское обслуживание нашей Красной Армии стоит в одном ряду с авиационным, артиллерийским обслуживанием, что медицинские работники в рядах армии столь же нужны, как бойцы и командиры...

Ведь самое ценное, что у нас есть, основное богатство нашей страны – это наши, советские люди. Поэтому

сохранение здоровья людей, их работоспособности есть один из самых благородных видов деятельности...

И надо сказать, что эти усилия правительства не оказались напрасными. Они привели в период войны, т.е. в момент, когда силы страны в высшей степени напряжены, к тому, что наша советская медицина оказалась на высоком уровне» («Красная Звезда», № 118, 21 мая 1943 года).

Столь высокое признание достижений медицинской науки и уверенность в их дальнейшем приумножении побудили Н.Н. Бурденко к действиям по совершенствованию «организации научно-медицинской мысли» в стране. В этом он получил горячую поддержку наркома здравоохранения Г.А. Митерева и его заместителя профессора В.В. Парина. Материалы Архива РАМН (Ф. 1, оп. 1, ед. хр. 1) свидетельствуют, что научная концепция организации Академии и ее структура были разработаны Н.Н. Бурденко, заместителем председателя УМС НКЗ И.Г. Руфановым и ученым секретарем совета Л.А. Корейшей. Начиная с 9 июня 1943 года вопрос об организации АМН неоднократно обсуждался на заседаниях УМС с привлечением крупных ученых и организаторов здравоохранения. В наиболее концентрированном виде итоги обсуждения были сформулированы в докладной записке, представленной в правительство, «Об учреждении Академии медицинских знаний».

Академия должна объединить работников научно-исследовательских институтов, вузов и практических медицинских учреждений.

Подобная организация теоретической и практической медицины остро необходима особенно в условиях Отечественной войны. Требуют срочного решения поставленные войной вопросы профилактики эпидемий, питания населения и травмы военного времени. В своей структуре Академия должна отражать все основные разделы медицины: экспериментальную медицину (физиология, биохимия, фармакология, морфология, патология), клиническую медицину (терапия, хирургия, педиатрия, акушерство и гинекология, невропатология и психиатрия), профилактическую медицину (гигиена, микробиология и эпидемиология).



Основу Академии должны составить научно-исследовательские институты и лаборатории, вместе с тем она должна осуществлять связь с медицинской общественностью, со всеми медицинскими вузами и научно-исследовательскими учреждениями, не входящими в ее состав.

По линии фундаментальных наук Академия должна быть тесно связана с АН СССР, изучать в рабочем сотрудничестве с физиками, химиками и биологами действие на организм радиационных процессов. Применение достижений смежных наук – ядерной физики, органической, физической и коллоидной химии – дает возможность по-новому поставить изучение обмена веществ, проникнуть в самые интимные основы жизненных процессов. Но для этого необходимо полное техническое перевооружение всех академических институтов и лабораторий. Медицинская наука не может обойтись примитивными инструментами недавнего прошлого – одними скальпелями и пинцетами, пробирками и ручными центрифугами, обычным микроскопом. Нужны суперцентрифуги, электронный микроскоп, высоковольтная рентгеновская аппаратура и усиленные радиоустановки, кварцевые спектрографы. Возможность получения указанной аппаратуры из-за границы лишь частично решает вопрос – необходимо, чтобы вновь созданное Министерство машиностроения и приборостроения создало собственную прецизионную промышленность. Кроме того, необходимо создать специальное конструкторское бюро и опытный завод.

Задачами высшего научного центра страны должны быть:

1. Организация и руководство научной работой в области теоретической, клинической и профилактической медицины.
2. Объединение всех центров научно-исследовательской деятельности: научно-исследовательских институтов, лабораторий и клинических институтов.
3. Содействие росту высококвалифицированных научных работников.
4. Обеспечение экспедиций по изучению географии местных и специфических заболеваний на всей территории страны.
5. Выполнение государственных заказов по заданиям высших правительственных органов и НКЗдрава. Конкретно на данном этапе в обязанности Академии должны входить следующие вопросы:

- а) борьба с эпидемическими болезнями, инвазионными, вирусными заболеваниями;
- б) оздоровительные мероприятия в городах и сельских местностях, в особенности на освобожденных территориях;
- в) проблемы питания различных возрастных групп, витамины и обеспечение ими населения;
- г) проблемы патологии, морфологии и физиологии на основе разработки общебиологических и физиологических концепций.

Большинство участников заседаний, в том числе А.И. Абрикосов, А.А. Богомолец, И.В. Давыдовский, И.П. Разенков, П.Г. Сергиев и др., поддержали мысль о создании при Наркомздраве СССР Академии медицин-

ских наук, обеспечивающей координацию и комплексное руководство важнейшими научными проблемами медицины. Однако Н.И. Гращенков, возглавлявший ВИЭМ, на заседании УМС 9 июня 1943 года высказал мнение, что организация АМН не изменит дела и центр в науке не может быть создан организационно. Необходимо усовершенствование ВИЭМ, а «Всеобщая Академия не нужна». Такая позиция осложняла проблему, поскольку решение о создании ВИЭМ было принято по инициативе А.М. Горького на совещании, в котором участвовали И.В. Сталин, В.М. Молотов, К.Е. Ворошилов и виднейшие ученые страны, а постановление СНК СССР об этом акте вышло за подписью В.М. Молотова.

Учитывая это обстоятельство, 6 января 1944 года Н.Н. Бурденко направил 1-му заместителю Председателя СНК СССР В.М. Молотову, курирующему вопросы науки и образования, письмо следующего содержания: «...Вопрос, который я считаю нужным представить на Ваше усмотрение, как председатель Ученого медицинского совета Наркомздрава Союза и председатель Всесоюзной ассоциации хирургов, и который необходимо доложить Вам лично, – это вопрос об организации научно-медицинской мысли в Союзе.

Колоссальный охват научных концепций и практических школ потребовал в настоящей фазе своего развития, достигшей в связи с военными нуждами высшего напряжения, синтеза в теоретическом отношении и объединения направлений практической деятельности военных и гражданских мероприятий.

Советская наука по праву занимает самобытное место, а по удельному весу – одно из первых мест в мировой науке.

Я в течение 20 лет работы в Ученом медицинском совете НКЗдрава Союза и в течение 15 лет руководства Всесоюзным хирургическим обществом имел возможность проследить развитие всей медицинской науки и, в частности, хирургической, особенно военно-полевой хирургии.

Для меня ясно, что медицинская мысль в текущий момент нуждается в руководящем, направляющем и обладающем высшим научным авторитетом органе.

Не касаясь в данном письме критики учреждений, которые могли бы выполнить такие функции, я прошу Вас позволить мне доложить Вам материал, проработанный и подготовленный мною по этому вопросу лично и в ряде заседаний совместно с некоторыми членами Ученого медицинского совета НКЗдрава...» (личный архив Н.Н. Бурденко).

Известно, что В.М. Молотов принял по этому вопросу группу в составе Народного комиссара здравоохранения Г.А. Митерева, академиков Н.Н. Бурденко и А.И. Абрикосова. Заручившись поддержкой, Г.А. Митерев поручил своему заместителю В.В. Парину подготовить необходимую документацию. Под руководством В.В. Парина была проведена большая работа по изучению опыта организации и деятельности зарубежных медицинских академий и равноценных академий медицинских обществ и разработан проект устава Академии медицинских наук, которым предусматривались следующие требования к ее дей-



ствительным членам: 1. Наличие оригинальных трудов, содержащих новые концепции; 2. Создание научных школ и направлений; 3. Организация новых учреждений и открытие новых методов, способствующих прогрессу теоретических и клинических дисциплин.

Комиссией в составе В.В. Парина, Н.Н. Бурденко, Б.И. Лаврентьева, Л.А. Корейши, И.Г. Руфанова, Н.И. Гращенкова, И.В. Давыдовского и В.М. Шевкуненко был разработан проект структуры Академии, которым ВИЭМ расчленился на отдельные институты, призванные стать основным ядром научной базы АМН СССР. В составе Академии было признано необходимым развернуть 3 отделения: теоретической медицины (впоследствии медико-биологических наук), клинической медицины и санитарно-профилактических дисциплин (впоследствии гигиены, микробиологии и эпидемиологии).

После согласования и решения основных вопросов 30 июня 1944 года последовало постановление СНК СССР об учреждении АМН СССР при Народном комиссариате здравоохранения СССР. При этом было утверждено также Организационное бюро по созданию Академии в составе наркома здравоохранения СССР Г.А. Митерева, наркома здравоохранения РСФСР А.Ф. Третьякова, заведующего сектором здравоохранения ЦК ВКП(б) Б.Д. Петрова, сотрудника Отдела науки ЦК ВКП(б) С.Н. Суворова, академиков АН СССР Н.Н. Бурденко, А.И. Абрикосова и директора ВИЭМ Н.И. Гращенкова. Оргбюро, при участии В.В. Парина, завершило разработку структуры АМН СССР, определило число действительных членов Академии, наметило их кандидатуры и состав президиума и др.

Если медико-биологическое отделение имело базу для формирования своих институтов, вышедших из ВИЭМ, то клиническое отделение необходимо было создавать заново. Н.Н. Бурденко, имея большой опыт по созданию и руководству клинических институтов в различных университетах России (Юрьевский, Воронежский, Московский), составил ряд принципиально важных документов об их структуре и задачах. Этот вопрос он обстоятельно и всесторонне обосновал на примере хирургического института, но считал возможной аналогичную организацию и для других институтов Отделения.

14 ноября 1944 года был объявлен список 60 выдающихся ученых-медиков, назначенных правительством действительными членами (академиками) АМН СССР.

20–22 декабря 1944 года в Мраморном зале Моссовета состоялась учредительная сессия АМН СССР. В работе сессии приняли участие 60 членов – основателей Академии, представители Академии наук СССР и других академий и общественных организаций, большое количество ученых-медиков. Открывая сессию, Г.А. Митерев в докладе «Очередные задачи АМН СССР» отметил, что учреждение Академии медицинских наук является завершением славного исторического пути, пройденного медицинской наукой в нашей стране. Он подчеркнул, что в развитии отечественной медицинской науки обращают на себя внимание три следующие особенности: 1) стремление развивать науку, которая служила бы интересам своего народа, своего государства, 2) глубокое естественно-научное обоснова-

ние, умение сочетать медицинские исследования с новейшими достижениями в области биологических и общественных наук и 3) неизменно революционный характер, сказывающийся в широте и смелости постановки научных проблем и ее методологии. Г.А. Митерев информировал об организационных мероприятиях в области медицинской науки в СССР в довоенные годы, а также в период Великой Отечественной войны, проанализировал недостатки в научно-организационной деятельности ВИЭМ. Он отметил, что серьезные недостатки в руководстве научной работой потребовали создания в СССР такого авторитетного научного органа, который мог бы на более высоком уровне, чем ВИЭМ, решать основные проблемы, подводить итоги научной деятельности в области медицины, разрабатывать новые концепции, направляющие научную мысль, своевременно подмечать и подхватывать все новое, прогрессивное, творчески ценное в медицине. И таким органом должна стать Академия медицинских наук.

Г.А. Митерев выразил уверенность, что объединение в едином комплексе медико-биологических наук, микробиологии, эпидемиологии, гигиены и клинической медицины создает условия для прочного теоретического обоснования выдвигаемых практических мероприятий и дает возможность на основе клинических наблюдений делать новые творческие обобщения. Нарком призвал к дальнейшему развитию теоретических исследований в области морфологии, общей патологии, теоретической микробиологии и вирусологии, к изучению физиологии здорового и больного организма и других теоретических проблем, вытекающих из запросов практики и нужд советского здравоохранения. По его мнению, Академии следовало обратить особое внимание на разработку методов лечения раневого сепсиса, газовой гангрены, шока и других осложнений, влияющих на успешность лечения раненых, на разработку эффективных способов лечения туберкулеза. Новая государственная задача исключительной важности – организация лечебной помощи инвалидам войны, усовершенствование методов восстановительной хирургии и разработка методов сложных пластических операций.

Крупнейшие ученые страны в своих выступлениях осветили задачи научных исследований в различных отраслях медицинской науки. А.И. Абрикосов говорил о задачах морфологов, Л.А. Орбели – о достижениях советской физиологии. Он подчеркнул значение коллективного труда и комплексности в организации современных научных исследований и необходимость их технического оснащения. С.С. Юдин напомнил, что при организации Академии наук в России Петр I предполагал включить в ее состав представителей медицины. Однако организованного, постоянного представительства русская лечебная медицина в Академии наук не имела, и в течение 200 лет медицина внутри АН приходила «как-то не ко двору». Говоря о научных открытиях, С.С. Юдин предостерегал от слишком широкого и необдуманного вмешательства теоретиков в вопросы клинической медицины и считал, что «контроль и апробация всевозможных научных открытий отныне составляет важную задачу нашей Академии». Величайшей и труднейшей задачей Академии С.С. Юдин считал гар-



3



МОСКВА, 1944 ГОД. УЧРЕДИТЕЛЬНАЯ СЕССИЯ АМН СССР. ПЕРВЫЙ СОСТАВ ПРЕЗИДИУМА АМН СССР

моническое сочетание и максимальное использование знаний и экспериментальных данных теоретической медицины с наблюдениями, опытом и искусством клиницистов, высокий уровень квалификации, морали и врачебной этики состава АМН СССР. Ближайшей задачей Академии медицинских наук С.С. Юдин считал необходимость осмысления опыта медицинского обеспечения в Великой Отечественной войне, использования его в целях победы над врагом и совершенствования медицинской помощи населению в послевоенный период.

Принципиально важной была мысль известного психиатра, ученика и последователя В.М. Бехтерева В.П. Осипова о необходимости тесной связи психиатров с физиологами, биохимиками и эндокринологами. В.П. Осипов отметил необходимость изучения осложнений военных травм психопатологическими явлениями и их отдаленных последствий.

В.В. Парин на заключительном заседании в своем докладе «Некоторые очередные задачи АМН» подчеркнул, что в области физиологии основной задачей Академии должно стать создание физиологии человека, требующее коренной перестройки методов исследования и мышления исследователей. Развивая мысль Л.А. Орбели о необходимости методического оснащения физиологических и в целом медико-биологических лабораторий новыми современными средствами, В.В. Парин указывал на перспективность широкого применения меченых атомов, искусственных радиоактивных веществ для изучения обмена веществ.

В.В. Парин остановился на ряде научно-организационных задач: он подчеркнул необходимость широкой деловой связи АМН СССР с движением научной мысли во всех уголках страны, обобщения опыта работы всех отечественных врачей и ученых, укрепления связи теории с практикой. В.В. Парин обратил внимание на то, что АМН должна обеспечить предотвращение раздувания авторитетов, рекламы дутых успехов. Перед президиумом АМН СССР В.В. Парин ставил задачу скорейшего развертывания работы научных учреждений Академии и отметил, что переход в подчинение Акаде-

мии означает не только «перемену вывески», но «прежде всего самый серьезный и самый деловой пересмотр всех кадров институтов».

Учредительная сессия приняла обращение к врачам и научным работникам с призывом отдать все свои силы скорейшему восстановлению здравоохранения, с просьбой сообщать АМН об успехах в лечении и профилактике болезней, шире внедрять достижения медицинской науки в практику. Обращение зачитал П.Г. Сергиев.

Учредительная сессия закончилась заключительной речью Н.Н. Бурденко, которую зачитал П.А. Куприянов. Н.Н. Бурденко отметил, что проблемы, поставленные перед Академией, должны быть подчинены основной идее – проблеме создания сильного физически и морально человека – гражданина. Он предложил идти, по крайней мере первое время, широким фронтом по намеченному пути, прежде всего обеспечив решение задач, возникших в период Великой Отечественной войны.

Учредительная сессия избрала президиум АМН в составе: президент – основатель научной школы хирургов, один из основоположников нейрохирургии, академик АН (с 1939 года), главный хирург Советской Армии, профессор Николай Нилович Бурденко (1876–1946); вице-президенты – основатель научной школы патологоанатомов, доктор медицинских наук, профессор, академик АН (с 1939 года) Алексей Иванович Абрикосов (1875–1955); создатель школы акушеров-гинекологов, доктор медицинских наук, профессор Михаил Сергеевич Малиновский (1880–1976); один из основоположников отечественной сердечно-сосудистой хирургии, главный хирург Ленинградского фронта в годы Великой Отечественной войны, генерал-лейтенант медицинской службы, доктор медицинских наук, профессор Петр Андреевич Куприянов (1893–1963); академик-секретарь – заместитель Народного комиссара здравоохранения СССР, заведующий кафедрой нормальной физиологии III Московского медицинского института, профессор Василий Васильевич Парин (1903–1971). Членами президиума избраны: создатель школы патофизиологов, академик (с 1932 года) и вице-президент АН (с 1942 года) Александр Александрович Бо-



гомалец (1881–1946); один из организаторов патолого-анатомической службы в лечебных учреждениях страны, доктор медицинских наук, профессор Ипполит Васильевич Давыдовский (1887–1968); главный хирург ВМФ (с 1939 года) и одновременно (с 1943 года) – начальник кафедры госпитальной хирургии Военно-морской медицинской академии, генерал-лейтенант медицинской службы, доктор медицинских наук, профессор Юстин Юлианович Джанелидзе (1883–1950); один из основоположников эволюционной физиологии, создатель школы физиологов, академик АН (с 1935 года), академик-секретарь ОБН (1939–1948 годы) и вице-президент АН (1942–1946 годы) Леон Абгарович Орбели (1882–1958). В состав президиума вошли также академики-секретари трех отделений АМН СССР: создатель школы физиологов, доктор медицинских наук, профессор Иван Петрович Раженков (1888–1954) (Отделение медико-биологических наук); один из основоположников электрокардиологии в России, доктор медицинских наук, профессор Владимир Филиппович Зеленин (1881–1968) (Отделение клинической медицины); профессор кафедры военной гигиены Военно-медицинской академии, возглавлявший гигиеническую службу Красной Армии в период Великой Отечественной войны, профессор Федор Григорьевич Кротков (1896–1983) (Отделение гигиены, микробиологии и эпидемиологии). В 1947 году президиум АМН утвердил положение и состав Ленинградского бюро АМН под председательством П.А. Куприянова.

Первым президентом АМН СССР стал Н.Н. Бурденко, но основная работа по подготовке заседаний президиума и всех необходимых документов, как показали архивные материалы, проводились В.В. Париным и А.И. Абрикосовым. Об авторитете представителей ОМБН свидетельствует и тот факт, что на первом заседании президиума АМН СССР 30 декабря 1944 года по докладу В.В. Парина о распределении обязанностей между членами президиума постановили: А.И. Абрикосов – первый вице-президент Академии с правом замещения президента во время его отсутствия, Л.А. Орбели осуществляет связь с АН СССР, А.А. Богомолец – с АН УССР, И.В. Давыдовский ведает вопросами научных кадров АМН СССР.

Была образована комиссия по изучению медико-санитарных последствий войны под председательством первого наркома здравоохранения РСФСР (1918–1930), действительного члена АМН, профессора Николая Ивановича Семашко (1874–1949), к которой были привлечены ученые самых различных специальностей, многочисленные научные коллективы. На II сессии общего собрания АМН 2 ноября 1945 года Н.А. Семашко доложил первые результаты деятельности комиссии, в 1946 году провел I конференцию «Санитарные последствия войны и мероприятия по их ликвидации», в 1947 году – II и III конференции, в 1948 году – IV конференцию. Общим итогом этой работы явился обобщающий 35-томный труд «Опыт советской медицины в Великой Отечественной войне 1941–1945 гг.» (1951–1955).

Успешное развитие многогранной деятельности АМН СССР в первые послевоенные годы серьезно осложнилось в период «холодной войны», развернувшейся по-

сле речи У. Черчилля в Фултоне в 1946 году. По предложению И.В. Сталина было принято решение вывести Минздрав СССР из состава бюро Совета Министров по культуре, возглавлявшегося К.Е. Ворошиловым. Кураторство над здравоохранением и наукой осуществлялось секретарем ЦК ВКП(б) А.А. Ждановым, а с 1948 года – его сыном, заведующим сектором науки ЦК Ю.А. Ждановым. 11 ноября 1946 года скончался Н.Н. Бурденко, и президентом АМН стал Н.Н. Аничков. В феврале 1947 года освобожден от должности министр здравоохранения Г.А. Митерев. Его сменил на этом посту Е.И. Смирнов. 18 февраля 1947 года был арестован, а в апреле 1948 года осужден на 25 лет лишения свободы академик-секретарь АМН СССР В.В. Парин по обвинению в государственном шпионаже и передаче Национальному институту США рукописи Н.Г. Ключевой и Г.И. Роскина «Новые пути биотерапии рака» и справочника Академии медицинских наук СССР, а также «в невызванном надобностью общении с иностранцами в частной обстановке». Попытка В.В. Парина объяснить, что справочник, являвшийся изданием открытого типа, был им передан с целью убедить зарубежных ученых в том, что «все иностранные академии не могут идти ни в какое сравнение с нашей Академией», была признана несостоятельной. Из жизни выдающегося ученого – одного из основоположников космической физиологии и медицины – было вычеркнуто семь лет. Только в 1960 году после полной реабилитации В.В. Парин смог вернуться к полноценной деятельности в качестве директора Института нормальной и патологической физиологии АМН СССР, а в 1965 году – директора Института медико-биологических проблем Минздрава СССР.

Еще одной жертвой «холодной войны» стал выдающийся хирург, один из членов-учредителей АМН С.С. Юдин, арестованный 22 декабря 1948 года как «шпион Америки». Основанием для ареста явилось интенсивное сотрудничество С.С. Юдина с зарубежными коллегами и тот факт, что во время войны англо-американская делегация хирургов прибыла в Москву и вручила Н.Н. Бурденко и С.С. Юдину дипломы и мантии почетных членов Королевского хирургического общества и Американского хирургического общества. Аресты В.В. Парина, С.С. Юдина и др. привели к изоляции АМН, нанесли серьезный ущерб развитию международных связей и сотрудничеству с учеными зарубежных стран.

Первое десятилетие существования АМН делится на два этапа. Период с 1944 до середины 1948 года – время не только становления, но и развития научно-практических исследований входящих в нее научно-исследовательских учреждений, структур ее отделений. Первоначальная структура АМН СССР – исторически обусловленная и оправданная логикой развития совокупность устойчивых связей медико-биологических, клинических и профилактических направлений медицины, обеспечивающих комплексное решение ее актуальных проблем.

В ОМБН был включен ряд самостоятельных учреждений, разрабатывающих медико-биологические проблемы как в теории, так и в эксперименте, что создало условия для более тесного координирования работ институтов и лабораторий АМН, хотя уже тогда прояви-



лась и обратная тенденция: в 1947 году Министерство здравоохранения СССР предприняло меры к возвращению в свое ведение ряда отраслевых институтов, переданных постановлением №797 в 1944 году в состав АМН, что также внесло изменения в структуру АМН.

С организации 10 июля 1948 года Отдела пропаганды и агитации ЦК ВКП(б), ставшего высшей инстанцией в решении идеологических вопросов, начался второй период в истории АМН – политические акции в биологии и физиологии, последствия которых сказались не только на структуре и деятельности ОМБН, но и на всей медицине, в том числе и клинической. Политические решения в науке, готовившиеся секретарем ЦК Ю.А. Ждановым и выразившиеся в «борьбе с космополитизмом, вирховианством, менделизмом-морганизмом», с генетикой и генетиками, извращенное понимание физиологического учения И.П. Павлова, августовская сессия ВАСХНИЛ (1948), объединенная научная сессия АН СССР и АМН СССР (1950), создание так называемого «Павловского научного совета» нанесли огромный вред развитию медико-биологических исследований. Многие ведущие ученые были отстранены от работы, важнейшие научно-исследовательские институты и лаборатории разгромлены. Закрывались отделы и целые институты, выдающиеся ученые были лишены возможности работать, политическая линия определяла, в какой области разрешено проводить исследования, а в какой запрещено, каким наукам существовать, а каким нет. В основном это коснулось учреждений общеприкладного, морфологического и физиологического направлений исследований.

В результате научной сессии по проблемам физиологического учения И.П. Павлова АН СССР и АМН СССР (28 июня – 4 июля 1950 года) президиум АН СССР и президиум АМН СССР на заседании 14 июля 1950 года постановили освободить академика Л.А. Орбели от должности директора Физиологического института АН СССР и от должности директора Института эволюционной физиологии и патологии высшей нервной деятельности АМН СССР. По предложению президиума АН СССР и президиума АМН СССР, поддержанному распоряжением Совета Министров СССР 22 июля 1950 года, было признано целесообразным иметь единый Институт физиологии им. И.П. Павлова АН СССР на базе Института физиологии центральной нервной системы АМН СССР, Института физиологии АН СССР и Института эволюционной физиологии и патологии высшей нервной деятельности АМН СССР, а также создать в системе АН СССР Институт высшей нервной деятельности в Москве.

Нужно сказать и о совершенно особом явлении в научной жизни рассматриваемого периода, который лишний раз свидетельствует о том, какое влияние имела политика на развитие науки. В постановлении заседания бюро президиума АМН СССР 16 августа 1948 года заслуженной критике была подвергнута проблема живого вещества, разрабатываемая О.Б. Лепешинской. В результате дискуссии группа передовых биологов и гистологов поместила коллективную критику работ О.Б. Лепешинской в газете «Медицинский работник» под заголовком «Об одной ненаучной концепции». В статье давалась резкая кри-

тика основных положений и экспериментальных методов О.Б. Лепешинской, а ее работа признана авторами (действительным членом АМН СССР Н.Г. Хлопиным, членами-корреспондентами АМН СССР Д.Н. Насоновым и В.А. Догелем и рядом других) ненаучной. Авторы отметили, что О.Б. Лепешинская поступила неправильно с методической стороны при определении развития желточных шаров и желточных зерен в кровяные островки и в кровяные клетки. По их заключению, О.Б. Лепешинская совершенно неграмотна в биологических проблемах и биологической терминологии, у нее отсутствуют представления о современном состоянии биологических проблем. В одном из выступлений критику в адрес теории О.Б. Лепешинской поддержал и П.К. Анохин. Но после получения О.Б. Лепешинской в 1950 году Сталинской премии все коренным образом изменилось.

Всем институтам поручалось продолжить перестройку в духе претворения в жизнь наследия И.П. Павлова, учения О.Б. Лепешинской, мичуринской биологии, борьбы с проявлениями вейсманизма-морганизма-менделизма и вирховианства. За выводами специальных комиссий следовало увольнение (а часто и аресты) сотрудников, разгром лабораторий и отделов, а иногда и полная реорганизация институтов. Так, после освобождения П.К. Анохина в 1950 году от должности директора Института физиологии АМН СССР (института ОМБН «первого состава») и неоднократных реорганизаций его отделов он был окончательно ликвидирован как самостоятельное научно-исследовательское учреждение в 1954 году путем объединения с Институтом патологической физиологии и экспериментальной терапии в Институт нормальной и патологической физиологии АМН СССР.

Были необоснованно сокращены научные и педагогические кадры морфологов. 27 июня 1951 года бессменный директор Института нормальной и патологической морфологии А.И. Абрикосов был освобожден от занимаемой должности, вместо него директором назначен проф. П.Г. Снякин (до этого секретарь парторганизации АМН СССР, председатель комиссии по обследованию Института в 1950 году, которая впервые и поставила вопрос о его реорганизации, осуществленной распоряжением Совета Министров СССР от 4 ноября 1952 года за №28968-р в Научно-исследовательский институт фармакологии и экспериментальной химиотерапии и химиопрофилактики).

Новый этап в развитии АМН отчетливо проявился на IX сессии общего собрания (1955 год), по-новому обсуждавшей вопрос о критике и самокритике в развитии теоретических исследований. В.Д. Тимаков, в то время академик-секретарь, в отчете президиума АМН осудил серьезные ошибки, допущенные в 40–50-х годах. «Некоторые наши ученые, – говорил он, – признавая на словах необходимость критики, считают себя непогрешимыми и иногда, пользуясь своим положением, стараются подавить все то, с чем они не согласны. Кроме того, иногда вместо деловой, товарищеской критики, имеет место приклеивание ярлыка неблагонадежности: «идеалист», «реакционер», «антипавловец», «вирховианец» и др. Теоретические дискуссии носили подчас «догматический, схоластический характер», своди-



лись к общим рассуждениям, к схоластике, к доказательству правоты со ссылкой на авторитеты, попытке убедить оппонентов цитатами, а не фактами. Нередко с критикой основных положений по научным проблемам выступали лица, мало компетентные в этих вопросах. Общее собрание АМН призвало к отказу от политиканства и развитию подлинно научных теоретических исследований, имеющих перспективное значение.

Президентом АМН СССР в этот период ее развития являлся в 1953–1960 годах один из основоположников сердечно-сосудистой хирургии и крупной школы хирургов, организатор и первый директор Института сердечно-сосудистой хирургии АМН СССР, академик АМН (с 1948 года), академик АН (с 1958 года), профессор Александр Николаевич Бакулев (1890–1967). Его преемниками на посту президента стали хирург-онколог, академик АМН (с 1960 года) профессор Николай Николаевич Блохин (1912–1993) в 1960–1968 годах и микробиолог и эпидемиолог, академик АМН (с 1952 года) и АН (с 1968 года) Владимир Дмитриевич Тимаков (1905–1977) в 1968–1977 годах.

Основными тенденциями организации медико-биологических исследований в 1955–1975 годах явились развитие медико-биологических наук, подвергшихся разгрому на предыдущем этапе, воссоздание утраченных структур, а также создание новых, связанных с разработкой основных проблем медицины в связи с объективными потребностями здравоохранения.

Динамика структуры ОМБН РАМН в рассматриваемый период целиком отвечала на объективные требования в направлении развития и возрождения тех медико-биологических наук, которые играли наиболее важную роль в развитии практической медицины и здравоохранения, а именно в области аллергологии, иммунологии, биологической и медицинской химии, цитологии и генетики, медицинской биологии и физиологии, экспериментальной и клинической эндокринологии, а также отразила задачи, поставленные перед медициной, созданием новых научно-исследовательских институтов в составе ОКМ и ОГМиЭ, а именно: Института полиомиелита и вирусных энцефалитов, Института медицинской и медико-технической информации, Института гигиены детей и подростков, Института по изучению новых антибиотиков, Института экспериментальной и клинической онкологии, Института грудной хирургии, Института клинической и экспериментальной хирургии, Института ревматизма и других. В связи с объективными закономерностями развития науки структура научно-исследовательских учреждений изменялась вследствие изменения стоящих перед ними задач; ряд вышеназванных институтов подвергся реорганизации и переименованию. Невозможность в отдельных случаях провести четкую грань между фундаментальными и отраслевыми медицинскими науками вследствие промежуточного положения самой медицины в общей системе наук привела к многочисленным взаимопереходам институтов из системы АМН в ведение МЗ СССР. Но в ряде случаев подобные переходы не были подкреплены объективными причинами, что привело к серьезным потерям. Например, ВНИИ

медицинской и медико-технической информации, созданный в системе АМН в 1962 году, вскоре был передан в МЗ СССР, что фактически лишило Академию доступа к новейшим информационным базам данных (ибо подобного учреждения в системе АМН так и не было создано, а в МЗ институт постепенно пришел в упадок).

Невозможность включения в структуру Академии научно-исследовательских институтов приказным порядком, не подкрепленным объективными закономерностями развития научных исследований и их интеграции, привела к тому, что в 1967 году 15 институтов республиканских академий наук, переданных в АМН в 1963 году, практически одновременно вышли из состава Академии.

В начале 1970-х годов в структуре Академии появились тенденции, наиболее полно проявившиеся на следующем этапе ее истории, подразделяющемся на два периода – с 1976 по 1992 год и с 1992 года создания РАМН по настоящее время, а именно: создание комплексных научных центров и их региональных филиалов, особое место среди которых занял Сибирский филиал АМН СССР.

Президенты Академии в этот период – академик АН (с 1979 года) Николай Николаевич Блохин и эпидемиолог и инфекционист академик АМН (с 1982 года) Валентин Иванович Покровский (р. в 1929 году), с 1987 года по настоящее время.

В 1975 году с образованием Онкологического научного центра и Кардиологического научного центра начинается интенсивный процесс создания научных центров – мегаструктур, объединяющих несколько научно-исследовательских учреждений и/или клиник в целях комплексной разработки актуальных проблем медицины и внедрения полученных результатов в практику. Постепенно эта тенденция переросла в закономерность, как и тенденция к организации филиалов академических институтов для проведения региональных исследований. Возникший в 1970 году Сибирский филиал АМН, преобразованный в 1979 году в Сибирское отделение, – ярчайшее тому подтверждение. Вследствие все усложняющихся задач изменялась и функциональная структура Сибирского отделения: от одного НИИ – клинической и экспериментальной медицины – в 1970 году до 28 НИУ в 1994 году, большая часть которых объединена в 3 центра – Новосибирский, Томский и Восточно-Сибирский, преобразованный из Восточно-Сибирского филиала Сибирского отделения.

Однако объединение НИУ в центры не всегда было объективно обоснованным, а потому долговечным. Так, в 1981 году Институт мозга ОМБН был включен в состав Всесоюзного научного центра психического здоровья. Положительного влияния на развитие института это не оказало, и в 1990 году Институт мозга вновь вошел в состав ОМБН в качестве самостоятельного научно-исследовательского учреждения.

Неудачным было и образование в 1979 году института иммунологии на базе трех самостоятельных научно-исследовательских лабораторий: аллергологической, экспериментальной иммунологии и по пересадке органов и тканей. Вскоре структура института была полностью изменена, а с передачей его в ведение МЗ Академия лишилась трех важнейших областей ис-



следования, так как институт по трансплантации органов и тканей, созданный в системе АМН в 1968 году, перешел в МЗ СССР еще раньше.

Таким образом, наряду с удачными структурно-функциональными изменениями, вызванными внутренней логикой развития медицинских наук, происходил и противоположный процесс, связанный с внешними, субъективными причинами, отрицательному действию которых все же удавалось противостоять: так, образованный в 1988 году НИЦ микробиологии и иммунобиотехнологии на базе трех самостоятельных НИИ – эпидемиологии и микробиологии им. почетного академика Н.Ф. Гамалеи АМН, вакцин и сывороток им. И.И. Мечникова МЗ и вирусных препаратов АМН (до 1986 года – МЗ СССР) – в 1992 году вновь был разукрупнен на исходные самостоятельные институты.

Указом Президента Российской Федерации от 4 января 1992 года АМН СССР была преобразована в Российскую академию медицинских наук. В связи с распадом СССР в ее составе были оставлены только учреждения, находящиеся на территории Российской Федерации, что наряду с потерей региональных филиалов привело и к потере учреждений, разрабатывающих актуальные проблемы современной медицины, например геронтологии и гериатрии. В этот период продолжилось создание головных научных центров в составе РАМН, однако этим не удалось исправить деформацию функциональной структуры Академии, вызванную потерей ряда научно-исследовательских учреждений, занимавшихся важнейшими вопросами медико-биологической науки.

Условия перехода к рыночной экономике, забвение конституционной ответственности государства за обеспечение населения квалифицированной медицинской помощью, резкое снижение бюджетного финансирования науки более чем в 8 раз отрицательно сказались на развитии РАМН. В «Открытом письме российских ученых медиков в Правительство Российской Федерации», принятом на сессии общего собрания РАМН 14 февраля 1997 года, констатировалась катастрофическая ситуация: «Экономический кризис в России привел к тому, что отечественная медицинская наука, признаваемая во всем мире, попала в тяжелейшие условия. При этом ее ядро, представленное научными учреждениями Российской академии медицинских наук и Минздрава России, близко к прекращению своего существования». В сложившихся обстоятельствах РАМН избрала приоритетным стратегическим направлением своей деятельности организацию совместно с администрацией субъектов Российской Федерации региональных научных центров на принципах самофинансирования. В результате по состоянию на 1 января 2003 года в составе Академии было создано 24 научно-исследовательских учреждения, находящихся на самофинансировании или финансировании из региональных бюджетов, при научно-методическом руководстве РАМН.

Сибирское отделение РАМН составили государственные учреждения: в Новосибирске – Научный центр клинической и экспериментальной медицины, НИИ региональной патологии и патоморфологии,

НИИ физиологии, НИИ клинической и экспериментальной лимфологии, НИИ клинической иммунологии с филиалом в Тюмени, НИИ терапии, НИИ биохимии, НИИ молекулярной биологии и биофизики; НИИ комплексных проблем гигиены и профзаболеваний (Новокузнецк); НИИ медицинских проблем Севера (Красноярск); НИИ эпидемиологии и микробиологии (Владивосток); Восточно-Сибирский научный центр (Иркутск) с Научным центром медицинской экологии, НИИ педиатрии и репродукции человека, НИИ эпидемиологии и микробиологии, Научным центром реконструктивной и восстановительной хирургии, НИИ хирургии, НИИ травматологии и ортопедии, Ангарским филиалом НИИ медицины труда и экологии человека, Бурятским (Улан-Удэ) и Читинским филиалами Научного центра медицинской экологии (Чита).

В Сибирском отделении РАМН были образованы Дальневосточный научный центр, в который вошли Научный центр физиологии и патологии дыхания (Благовещенск); НИИ охраны материнства и детства (Хабаровск); НИИ медицинской климатологии и восстановительного лечения (Владивосток); также Томский научный центр (Томск), включающий государственные учреждения: НИИ кардиологии, НИИ фармакологии, НИИ психического здоровья, НИИ онкологии, НИИ медицинской генетики, НИИ акушерства, гинекологии и перинатологии и Научно-производственную проблемную лабораторию реконструктивной хирургии сердца и сосудов с клиникой (Кемерово).

Под научно-методическим руководством Сибирского отделения находятся Тюменский научный центр с Научным центром профилактического и лечебного питания (Тюмень).

В 1998 году на базе Санкт-Петербургского бюро РАМН и Северного научного центра создано Северо-Западное отделение РАМН. В его состав входят государственные учреждения: НИИ экспериментальной медицины, НИИ акушерства и гинекологии им. Д.О. Отта и НИИ гриппа. Под научно-методическим руководством отделения находятся: Санкт-Петербургский институт биорегуляции и геронтологии; Северный научный центр (Архангельск); Новгородский научный центр (Великий Новгород); Карельский научно-методический центр (Петрозаводск) и Коми научный медицинский центр (Сыктывкар).

Для упорядочения сети медицинских научно-исследовательских учреждений из ведения Госкомсанэпиднадзора России в непосредственное ведение РАМН передан НИИ гигиены детей, подростков и молодежи. На базе этого института в 1996 году создано государственное учреждение Научный центр здоровья детей Отделения клинической медицины РАМН в составе НИИ педиатрии, НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков и Консультативно-диагностического центра для детей. В Эндокринологическом научном центре создан НИИ детской эндокринологии. В Волгограде создано государственное учреждение НИИ клинической и экспериментальной ревматологии.

Под научно-методическим руководством Отделения клинической медицины работают Дагестанский научный центр (Махачкала), Пермский научный



центр, Объединенный научно-учебный центр «Гастроэнтерология (терапия)» РАМН и ММА им. И.М. Сеченова, Научно-исследовательский комплекс хирургии крови и акционерное общество «ВНИИМП-ВИТА» (Институт медицинского приборостроения).

В Отделении медико-биологических наук создано государственное учреждение Научный центр биомедицинских технологий. НИИ физиологии им. П.К. Анохина является объединением НИУ и однопрофильной кафедры ММА МЗ РФ. Под научно-методическим руководством Отделения находятся: Федеральное государственное унитарное предприятие «Проблемная лаборатория по разработке, изучению, внедрению, производству и маркетингу лекарственных средств» (Москва); Центрально-Черноземный научный центр (Курск); Средне-Уральский научный центр РАМН и правительства Свердловской области (Екатеринбург); Южно-Уральский научный центр (Челябинск); Волгоградский научный центр РАМН и администрации Волгоградской области (Волгоград); НИИ физико-химической медицины Минздрава России (Москва); Краснодарский научный центр РАМН и администрации Краснодарского края (Краснодар). Институт медицинского приборостроения переведен под научно-методическое руководство Отделения клинической медицины.

Отделение гигиены, микробиологии и эпидемиологии было переименовано в Отделение профилактической медицины. В нем сохранилась прежняя структура. Под научно-методическим руководством Отделения стали работать: Башкирский научный центр (Уфа); Дальневосточный научный центр «Экология и медицина труда» (Хабаровск); Нижегородский научный центр «Биотехнология» (Нижний Новгород); НИИ медицинских проблем Крайнего Севера (Надым); Институт медико-экологических проблем Севера (Мурманск).

Таким образом, отраслевая структура РАМН выдержала тяжелые испытания временем, значительно усилив региональную направленность своей деятельности.

Приведенные материалы показывают, что субъективизм и администрирование в науке приводят к тяжелым последствиям для ее свободного развития, деформациям в структуре научных медицинских исследований, чрезвычайными потерями и отставанием ее от мирового уровня. Однако нормализация социально-экономических и политических условий, устранение искусственно созданных препятствий восстанавливает исторически обусловленную внутреннюю логику развития медицинской науки. Соответственно этой логике формируется и совершенствуется многофункциональная динамическая система организации медицинских исследований. Эта система не должна быть исключительно государственно-административной

или общественной. Все формы организации медицинской науки доказали свое право на существование и отдельными компонентами входят или войдут в оптимальную систему организации и управления наукой. Независимо от общественного строя государство обязано создавать оптимальные условия для научно-технического прогресса, но управлять наукой посредством директив и репрессивных мер не должно.

В сфере науки наиболее эффективна система самоуправления, опирающаяся на механизмы научно-общественной деятельности. Академическая форма организации медицинской науки удачно сочетает государственные и научно-общественные начала. Однако Российская академия наук, как показала ее история, не в состоянии взять на себя выполнение задач, связанных с большим человеком, с клинической и профилактической медициной. Сфера интересов и возможностей РАН, имеющих прямое отношение к медицине, ограничивается фундаментальными исследованиями в области биохимии, биофизики и химии физиологически активных соединений, физиологии, микробиологии, генетики и ряда других разделов биологии. Дело только в том, чтобы найти наиболее рациональные пути использования результатов фундаментальных исследований в медицинской теории и практике и наладить творческое взаимодействие двух академий: Российской академии наук и Российской академии медицинских наук с использованием широкого международного сотрудничества, а также продолжить объективно обоснованное образование научных центров – комплексов научно-исследовательских и клинических учреждений по основным проблемам современной медицины в соответствии с внутренней логикой развития фундаментальных наук.

Огромным и постоянно пополняемым творческим потенциалом располагает университетско-институтская система организации медицинской науки. Не случайно, что ряд медицинских институтов переименован в последнее время в академии и университеты, и все в большей мере они берут на себя функции научно-исследовательских учреждений. В их стенах успешно трудятся многие академики и члены-корреспонденты РАМН, создавая творческие лаборатории и формируя научные школы.

Важнейшей задачей Академии медицинских наук всегда была, остается и будет организация оптимального, слаженного взаимодействия всех звеньев динамической структуры научных медицинских исследований, обеспечивающей познание законов жизнедеятельности здорового и больного человека с целью укрепления и сохранения здоровья, продления творческой жизни людей, предупреждения и лечения болезней.

ГЛАВНЫЙ НАУЧНЫЙ СОТРУДНИК
НПО «МЕДИЦИНСКАЯ ЭНЦИКЛОПЕДИЯ» РАМН,
ДОКТОР МЕДИЦИНСКИХ НАУК
Ю.А. Шилинис

КАНДИДАТ ИСТОРИЧЕСКИХ НАУК
И.Е. Карнеева

ВСЕРОССИЙСКОМУ ЦЕНТРУ МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ «ЗАЩИТА» МИНЗДРАВА РОССИИ – 10 ЛЕТ

ДИРЕКТОР
ВСЕРОССИЙСКОГО ЦЕНТРА
МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ
«ЗАЩИТА» МИНЗДРАВА
РОССИИ, ДОКТОР
МЕДИЦИНСКИХ НАУК,
ПРОФЕССОР
Сергей Федорович
Гончаров



В декабре 2003 года исполнилось 10 лет со дня создания Всероссийского центра медицины катастроф (ВЦМК) «Защита» Минздрава России – головного научно-практического государственного учреждения по проблемам медицины катастроф, осуществляющего функции повседневного управления силами и средствами Всероссийской службы медицины катастроф (ВСМК) по оказанию медицинской помощи населению в чрезвычайных ситуациях (ЧС), вызванных стихийными бедствиями, авариями, катастрофами, эпидемиями, а также террористическими актами.

Главная задача специалистов службы медицины катастроф – спасение жизни и сохранение здоровья граждан Российской Федерации в условиях ЧС.

ВЦМК «Защита» Минздрава России организует работу по созданию и поддержанию высокой степени готовности органов управления и учреждений службы медицины катастроф к решению важной государственной задачи – ликвидации медико-санитарных последствий ЧС. Являясь Евро-азиатским региональным центром медицины катастроф и сотрудничающим центром ВОЗ по медицине катастроф и чрезвычайным ситуациям, он активно участвует в оказании медицинской помощи людям при проведении гуманитарных акций.

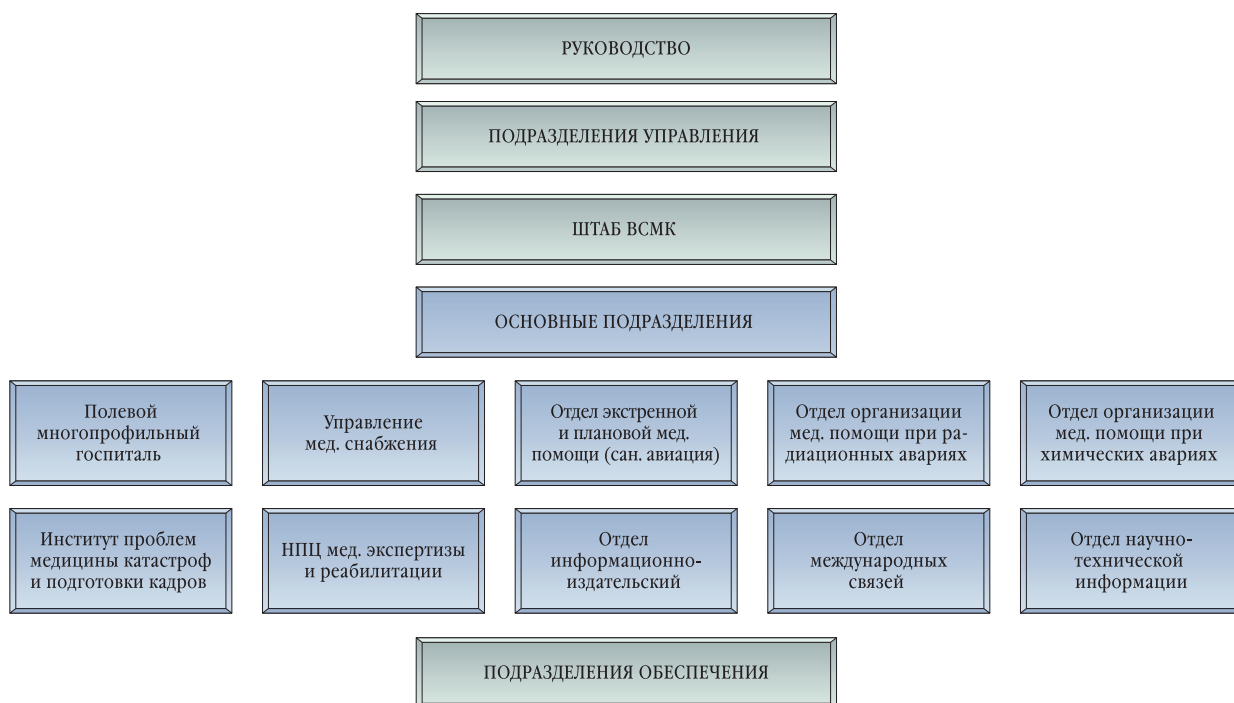
За прошедшие 10 лет по мере расширения сферы деятельности и решения новых задач организационная структура ВЦМК «Защита» постоянно развивалась и совершенствовалась (рис. 1).

В соответствии с нормативными документами Всероссийская служба медицины катастроф (далее – Служба) является подсистемой Единой государственной системы предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций (РСЧС) и на функциональной основе объединяет службы медицины катастроф Минздрава и Минобороны России, медицинские силы и средства других министерств и ведомств, входящих в ВСМК и принимающих участие в ликвидации медико-санитарных последствий ЧС. Это означает, что успешное выполнение задач, возложенных на Службу, возможно лишь при условии организации эффективного взаимодействия.

Выполнение этой сложной задачи возложено на Штаб ВСМК – основное подразделение Службы, рабочий орган Федеральной межведомственной координационной комиссии ВСМК, который в процессе организации работы должен обеспечить:

- высокую готовность органов управления, систем связи и оповещения, формирований и учреждений Службы;
- прогнозирование и оценку медико-санитарных последствий ЧС;
- сбор, обработку, обмен и предоставление информации медико-санитарного характера в области защиты населения и территорий в условиях ЧС;
- своевременное принятие и оперативную реализацию оптимальных решений по выдвиганию в зону ЧС формирований взаимодействующих сторон, их эффективное использование при проведении лечебно-эвакуационных, санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий, мероприятий по медицинскому снабжению;
- создание и рациональное использование резервов финансовых, медицинских и материально-технических ресурсов для обеспечения работы Службы;
- международное сотрудничество в области медицины катастроф и участие Службы в гуманитарных акциях.

1



СТРУКТУРА ВСЕРОССИЙСКОГО ЦЕНТРА МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ «ЗАЩИТА»

В 2003 году на основании решения Межведомственной комиссии Совета Безопасности Российской Федерации по охране здоровья населения Минздравом России на ВЦМК «Защита» возложена новая задача – совершенствование организации медицинской помощи населению в особый период. В Штабе ВСМК сформировано Управление организации медицинского обеспечения населения в особый период, предназначенное для организационно-методического руководства федеральной медицинской службой гражданской обороны, а также контроля и оценки состояния готовности гражданской обороны объектов здравоохранения федерального подчинения (рис. 2).

Одной из главных проблем, решение которой определяет консолидацию действий всех звеньев Службы, является создание нормативно-правовой базы, адекватной задачам Службы и определяющей ее функционирование во всех режимах деятельности.

На сегодняшний день при участии Штаба разработано и издано более 250 нормативно-правовых документов, которыми руководствуется Служба в своей практической деятельности (постановления Правительства Российской Федерации, приказы Минздрава России и различные нормативно-методические документы).

По существу это совокупность всех документов, определяющих назначение и задачи Службы, ее организационную структуру, концепцию и целевые программы развития и совершенствования; научные исследования и подготовку кадров; содержание, объем и методику мероприятий по предупреждению и ликвидации медико-санитарных последствий ЧС; порядок и объемы финансирования, материально-технического и медицинского снабжения; меры со-

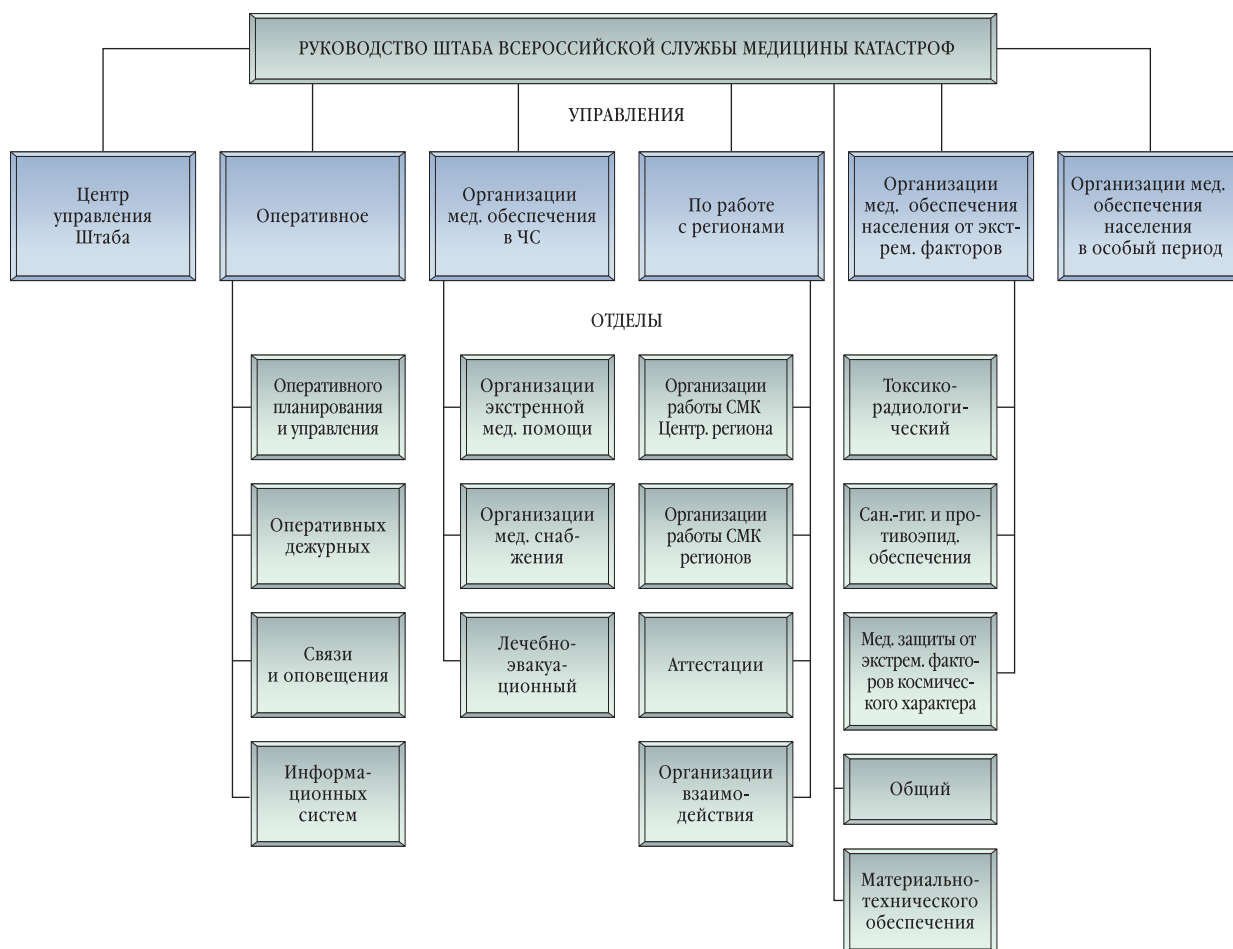
циальной защиты и реабилитации персонала, а также документов, регламентирующих взаимоотношения всех структур, входящих в ВСМК, документов учета и отчетности о деятельности Службы. Безусловно, совершенствование нормативно-правовой базы – перманентный процесс, характер которого определяется особенностями развития Службы.

Возможность успешного решения задач, стоящих перед Службой, во многом обеспечивается разработанными Штабом совместно с рядом министерств и ведомств документами, определяющими рамки взаимодействия между ними, в частности:

- Положение о взаимодействии МЧС России и Минздрава России по предупреждению и ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера (приказ МЧС России и Минздрава России от 02.04.1997 №185/94);
- Положение о взаимодействии Минздрава России и Российского общества Красного Креста по предупреждению и ликвидации медико-санитарных последствий чрезвычайных ситуаций и оказанию помощи пострадавшему населению (23.12.1998);
- Положение о взаимодействии МЧС России и Минздрава России по предупреждению и ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций (17.07.1998 №ЦУВС-577 и №05/33-12);
- Положение о взаимодействии Минобороны России и Минздрава России по предупреждению и ликвидации медико-санитарных последствий ЧС (12.01.1999 №02-23/33-1);



2



ОРГАНИЗАЦИОННО-ШТАТНАЯ СТРУКТУРА ШТАБА ВСЕРОССИЙСКОЙ СЛУЖБЫ МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ

– Соглашение о порядке взаимодействия между МВД и Минздравом России по предупреждению и ликвидации медико-санитарных последствий ЧС от 02.11.1999 №23.

Для повышения оперативности и эффективности управления силами и средствами ВСМК в 2000 году в Штабе создан Центр управления, основными задачами которого являются:

- обеспечение непрерывного оперативного взаимодействия подведомственных ВСМК органов управления, сил и средств в режиме повседневной деятельности, а также при возникновении и ликвидации медико-санитарных последствий ЧС;
- обеспечение оповещения руководящего состава Штаба ВСМК, подчиненных органов управления, других заинтересованных федеральных органов исполнительной власти и распоряжений (сигналов) о переводе в повышенные режимы функционирования;
- информационное обеспечение руководства Штаба ВСМК для совершенствования управления силами и средствами при угрозе или возникновении чрезвычайных ситуаций.

Для решения поставленных задач в настоящее время внедряется в опытную эксплуатацию автоматизированная информационно-управляющая система (АИУС ВСМК), предназначенная для:

- повышения эффективности работы Штаба ВСМК в различных режимах деятельности;
- документального обмена информацией между органами управления ВСМК различного уровня;
- сбора, обработки и накопления данных по ЧС, анализа обстановки;
- расчета необходимых сил и средств ВСМК для оказания помощи населению при ликвидации последствий ЧС; прогнозирования развития медико-санитарной обстановки в зоне ЧС; планирования и оценки деятельности служб медицины катастроф на всех уровнях управления.

В настоящее время Центром управления Штаба разработаны основные функциональные подсистемы АИУС ВСМК: геоинформационная система (ГИС); автоматизированная система подготовки формализованных документов; расчетные задачи по прогнозированию и оценке медико-санитарных последствий ЧС; система сбора, обработки и обмена информацией в ЧС; информационно-справочная система поддержки



принятия решения в ЧС. Разработана также структура телекоммуникационной сети центров медицины катастроф, тем самым заложены основы создания опорных систем в федеральных округах Российской Федерации, что позволит повысить качественный уровень работы Штаба и эффективность управления Службой.

Организационно-штатная структура Центра управления Штаба представлена на рисунке 3.

Как свидетельствует анализ деятельности учреждений здравоохранения, принимавших участие в ликвидации медико-санитарных последствий ЧС, основная тяжесть работы Службы приходится на ее территориальный уровень. Поэтому значительные усилия Штаб ВСМК направляет на дальнейшее совершенствование именно этого уровня Службы. В настоящее время территориальные центры медицины катастроф (ТЦМК) созданы в 81 субъекте Российской Федерации, 53 из них – с правом юридического лица. Следует отметить,

Штабом проводится постоянный контроль готовности ТЦМК к работе по ликвидации медико-санитарных последствий ЧС. Только в период 2000–2003 годов было проведено 56 проверок.

Успешное выполнение задач, решаемых Службой при ликвидации медико-санитарных последствий различных ЧС, в значительной степени зависит от уровня подготовки руководителей здравоохранения, руководящего состава органов управления, формирований и учреждений ВСМК различной подчиненности.

В этом и заключается одна из главных задач Штаба – необходимость постоянного совершенствования форм и методов подготовки руководящих кадров Службы и здравоохранения в целом.

Основной формой тактико-специальной подготовки руководящих кадров Службы являются командно-штабные учения (КШУ), штабные тренировки (ШТ), тактико-специальные учения, которые позволяют



1
ЗАСЕДАНИЕ ЭКЗАМЕНАЦИОННОЙ КОМИССИИ ИНСТИТУТА ПРОБЛЕМ МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ



2
ВСЕРОССИЙСКИЙ ЦЕНТР МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ «ЗАЩИТА» МИНЗДРАВА РОССИИ



3
ТАКТИКО-СПЕЦИАЛЬНЫЕ УЧЕНИЯ ПМГ ВСМК «ЗАЩИТА». НОГИНСК, 15–17 ИЮНЯ 1999 ГОДА



4
СОВЕЩАНИЕ В ЦЕНТРЕ УПРАВЛЕНИЯ ШТАБА ВСМК

что не все ТЦМК сформированы в соответствии с рекомендованной типовой организационно-штатной структурой. Так, только 36 центров имеют в своем составе отделения экстренной и консультативной медицинской помощи (санавиация), а 29 – психофизиологические лаборатории. Однако несомненным остается тот факт, что в основе разработки структуры центров лежит не столько экономическая достижимость реализации проблемы, сколько научное обоснование опасности возникновения ЧС в каждом конкретном субъекте Российской Федерации и, исходя из этого, прогнозирование сил и средств, необходимых для ликвидации последствий ЧС. Совершенно не случайно ТЦМК неполного состава существуют в таких субъектах, как Республика Бурятия, Республика Хакасия, Амурская, Калужская, Костромская, Владимирская области и др., т.е. там, где находится меньше, чем в других областях, потенциально опасных объектов, а статистическая отчетность свидетельствует о низкой степени опасности ЧС для этих территорий. В то же время наиболее крупные, организационно завершенные ТЦМК созданы в экономически развитых субъектах Российской Федерации, имеющих значительное количество потенциально опасных объектов. В первую очередь это относится к Свердловской, Воронежской, Смоленской, Пермской, Новосибирской областям, Хабаровскому, Приморскому краям.

Продолжают динамично развиваться силы Службы (табл. 1).

в относительно короткие сроки отработать весь комплекс мероприятий, связанных с реагированием на ЧС, а также с организацией и проведением медицинского обеспечения населения в ЧС.

Главными целями, преследуемыми при подготовке и проведении КШУ и штабных тренировок и тактико-специальных учений, являются:

- совершенствование практических навыков руководящего состава органов управления здравоохранением и формирований Службы для решения задач медицинского обеспечения населения в ЧС;
- достижение согласованности в работе органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации, региональных и территориальных центров медицины катастроф по вопросам медицинского обеспечения населения в ЧС;
- проверка реальности планов медицинского обеспечения населения в ЧС.

На учениях и тренировках отрабатываются вопросы приведения органов управления и формирований Службы в различные режимы их деятельности; обеспечения устойчивого управления подчиненными силами и средствами; организации взаимодействия с медицинскими службами Минобороны, МЧС, МВД России и других ведомств; организации медицинского обеспечения в ЧС. Всего за период 1997–2002 годов было проведено 72 учения, в том числе 9 – совместно с МЧС России; 5 – под руководством Федеральной межведомственной коор-



Таблица 1

СИЛЫ СЛУЖБЫ МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ МИНЗДРАВА РОССИИ
(НА 01.09.2003)

Федеральный округ	Количество субъектов/центров медицины катастроф	Штатные формирования (госпитали, отряды, бригады)	Нештатные формирования (отряды, бригады)
Северо-Западный	11/11	34	368
Центральный	18/17	88	1353
Южный	13/13	71	560
Приволжский	15/13	82	258
Уральский	6/6	22	140
Сибирский	16/12	132	673
Дальневосточный	10/9	73	174
ИТОГО	89/81	502	3526

5



ПРОВЕДЕНИЕ ЛЕЧЕБНОЙ ПРОЦЕДУРЫ В РЕАБИЛИТАЦИОННОМ ЦЕНТРЕ ВЦМК «ЗАЩИТА»

6



УЧАСТИЕ ПМГ ВЦМК «ЗАЩИТА» В ЛИКВИДАЦИИ МЕДИКО-САНИТАРНЫХ ПОСЛЕДСТВИЙ САХАЛИНСКОГО ЗЕМЛЕТРЯСЕНИЯ, НЕФТЕГОРСК, 1995 ГОД

7



РАЗГРУЗКА МЕДИКАМЕНТОВ ДЛЯ РЕСПУБЛИК СЕВЕРНАЯ ОСЕТИЯ – АЛАНИЯ И ИНГУШЕТИЯ

8



ПРОВЕДЕНИЕ ЛЕЧЕБНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ВРАЧАМИ ВЦМК «ЗАЩИТА»

9



ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПОРАЖЕННЫМ ПРИ ЗЕМЛЕТРЯСЕНИИ, ТУРЦИЯ, 1999 ГОД

динационной комиссии ВСМК с медицинскими службами МЧС, МВД, МПС, Минобороны России; 5 – с полевым многопрофильным госпиталем (ПМГ) ВЦМК «Защита».

К проведенным учениям и тренировкам Штабом ВСМК были привлечены органы управления здравоохранением и службы медицины катастроф, медицинские силы и средства 75 субъектов Российской Федерации.

Важнейшим аспектом деятельности ВЦМК «Защита» является оказание медицинской помощи пораженным в ЧС.

С 1994 года в составе ВЦМК «Защита» функционирует мобильное медицинское формирование – полевой многопрофильный госпиталь, не имеющий аналогов в мировой практике, который принимал участие в ликвидации медико-санитарных последствий различных ЧС техногенного, природного характера на территории России и в зарубежных странах, а также вооруженных конфликтов и террористических актов. При полном развертывании ПМГ может за одни сутки оказать медицинскую помощь примерно 250 пораженным с механическими травмами, провести их медицинскую сортировку и одновременно оказать медицинскую помощь 150 нетранспортабельным больным (рис. 4).

Госпиталь оснащен современной диагностической и лечебной аппаратурой, инструментарием, что позволяет высококвалифицированным специалистам из ведущих клиник Москвы (составляющим основу штатного состава) оказывать не только квалифициро-

ванную, но и отдельные виды и элементы специализированной медицинской помощи.

В состав ПМГ входят 17 специализированных бригад, в числе которых: сортировочная, диагностическая, эвакуационная, бригада экстренного реагирования, общехирургическая, детская хирургическая, травматологическая, нейрохирургическая, ожоговая, офтальмологическая, реанимационная, терапевтическая, психиатрическая, инфекционная, радиологическая, токсикологическая, педиатрическая.

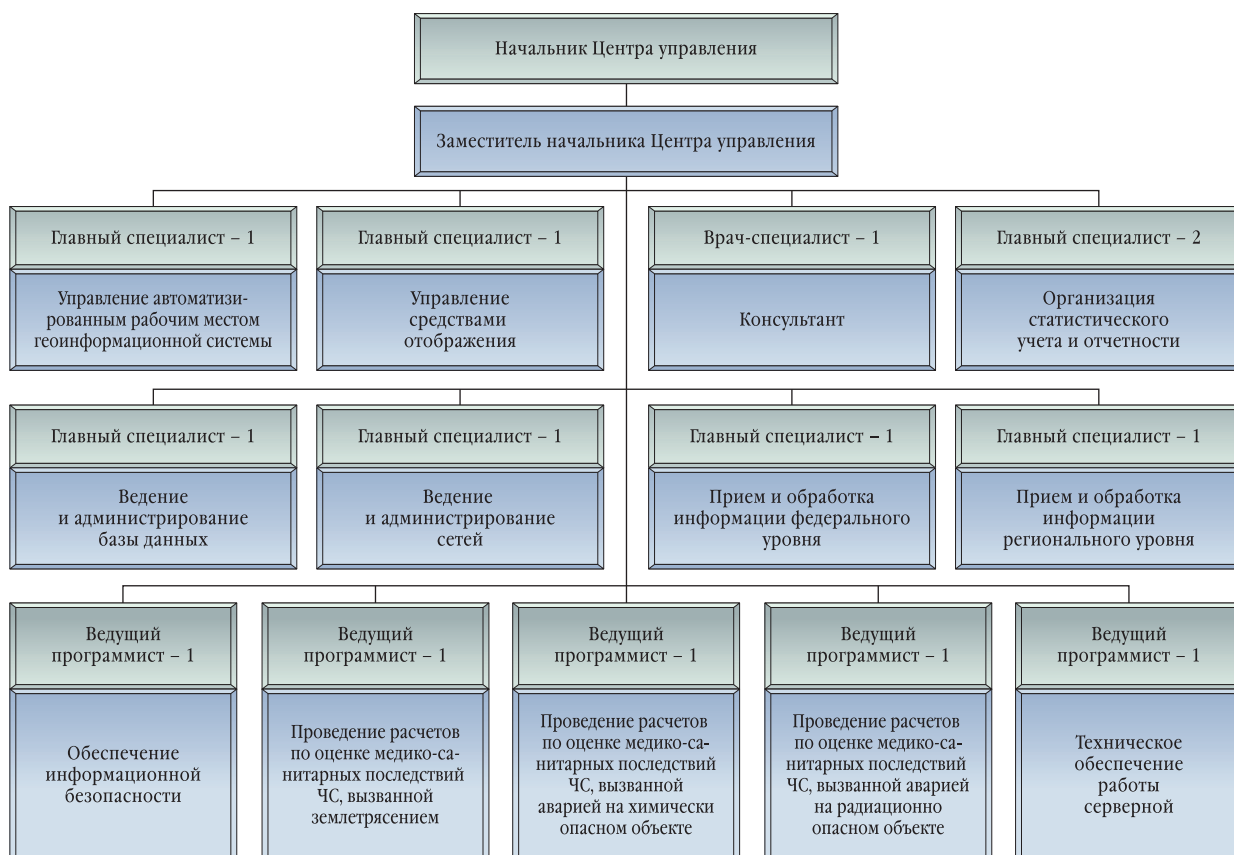
Для обеспечения постоянной готовности госпиталя к отправке в зону ЧС ведется круглосуточное дежурство врачей, которые при необходимости в течение 15 мин. готовы выехать в район бедствия для оказания медицинской помощи пострадавшим.

В зависимости от реальной обстановки в зоне ЧС госпиталь способен выдвигаться к месту катастрофы как частью сил (бригада, отделение), так и в полном составе, развертываясь для работы по типу многопрофильного или специализированного лечебно-диагностического учреждения (токсикологического, педиатрического и т.д.).

В 1995 году ПМГ ВЦМК «Защита» принимал участие в ликвидации медико-санитарных последствий сахалинского землетрясения. В поселке Нефтегорск были полностью разрушены медицинские учреждения, погиб весь медицинский персонал (30 сотрудников участковой больницы). Сотрудниками госпиталя



3



ОРГАНИЗАЦИОННО-ШТАТНАЯ СТРУКТУРА ЦЕНТРА УПРАВЛЕНИЯ ШТАБА ВСЕРОССИЙСКОЙ СЛУЖБЫ МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ

за время аварийно-спасательных работ была оказана медицинская помощь 767 пострадавшим (в том числе 180 детям), проведено 413 операций.

В ходе локального вооруженного конфликта и проведения антитеррористической кампании врачами ПМГ оказывалась медицинская помощь населению Чеченской Республики. При организации медико-санитарного обеспечения в 1994–1995 годах была оказана медицинская помощь более 1000 раненых и более 10 тыс. больных.

С февраля 1999 года ПМГ работал в Старопромысловском районе города Грозного, где не функционировало ни одно лечебное учреждение, отсутствовал врачебно-сестринский персонал. В городе находилось много больных, представлявших опасность для окружающих (туберкулезом, вирусными инфекциями). Из-за достаточно длительного отсутствия необходимого лечения у горожан обострились хронические заболевания, наблюдался большой рост простудных заболеваний. Всего в городе Грозном сотрудниками ПМГ была оказана медицинская помощь почти 10 тыс. больных терапевтического профиля и 1143 инфекционным больным.

С начала 2000 года в освобожденных от незаконных вооруженных формирований районах Чеченской Республики развернули свою работу два полевых мобильных госпиталя и три бригады специализированной медицинской помощи.

Для оказания медицинской помощи вынужденным переселенцам из Чеченской Республики на территории Республики Ингушетия (ст. Орджоникидзевская) с октября 1999 года был развернут ПМГ. Функционировали терапевтический, педиатрический, инфекционный, хирургический модули, а также модуль для приема больных с психическими расстройствами.

В 2000–2002 годах на Северном Кавказе впервые в практике российского здравоохранения была организована работа полевых госпиталей ВЦМК «Защита» Минздрава России по оказанию специализированной медицинской помощи: терапевтической, противотуберкулезной и педиатрической.

В октябре 2000 года в городе Назрань (Республика Ингушетия) был развернут полевой туберкулезный госпиталь. Фтизиатрическую помощь в госпитале оказывали врачи-специалисты из Москвы, Ставрополя, Ростова и других городов России. Ими проведено более 10 тыс. осмотров, в их числе – около 2 тыс. детей. Стационарно пролечено более 700 больных, эвакуировано в ближайшие ЛПУ – более 350 человек.

В апреле 2001 года в городе Гудермесе (Чеченская Республика) был развернут полевой педиатрический госпиталь на 50 коек, оснащенный самым современным оборудованием. Медицинскую помощь оказывали врачи высокой квалификации. За неделю они принимали более 500 детей. За период работы врачами была оказана меди-



10



ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПОРАЖЕННЫМ ПРИ ЗЕМЛЕТРЯСЕНИИ, АФГАНИСТАН, 2002 ГОД

11



ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ПЕДИАТРИЧЕСКОМ ГОСПИТАЛЕ ВЦМК «ЗАЩИТА» МИНЗДРАВА РОССИИ, ЧЕЧЕНСКАЯ РЕСПУБЛИКА, 2001 ГОД

12



13



ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ГОСПИТАЛЬ ВЦМК «ЗАЩИТА» МИНЗДРАВА РОССИИ, РЕСПУБЛИКА ИНГУШЕТИЯ, СТ. СЛЕПЦОВСКАЯ

4



СТРУКТУРА ПОЛЕВОГО МНОГОПРОФИЛЬНОГО ГОСПИТАЛЯ ВСЕРОССИЙСКОГО ЦЕНТРА МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ «ЗАЩИТА» МИНЗДРАВА РОССИИ

цинская помощь более 27 тыс. детей; 1,2 тыс. взрослых. Стационарно пролечено более 3 тыс. больных (из них детей – 2702), проведено более 2 тыс. операций.

С февраля 2001 года в ст. Орджоникидзевская (Республика Ингушетия) полевым терапевтическим госпиталем оказана медицинская помощь почти 35 тыс. чел., в том числе 9,5 тыс. детей; проведено флюорографическое обследование более 32 тыс. чел. Непосредственно в госпитале (стационарно) проведено лечение 1,5 тыс. чел., в том числе 300 детей. Было проведено 1166 операций.

Для работы в полевых госпиталях ВЦМК «Защита» Минздрава России направлялись специалисты из других субъектов Российской Федерации. В 2001 году 537 работников медицинских учреждений из 16 субъектов Российской Федерации оказывали медицинскую помощь в формированиях службы медицины катастроф Минздрава России.

В 2001 году в результате катастрофического наводнения в городе Ленске был нанесен ущерб 19 объектам здравоохранения Ленского улуса. Для оказания экстренной медицинской помощи на территории администрации Ленска бригадой экстренного реагирования ПМГ ВЦМК «Защита» (6 врачей, 2 медсестры, 1 инженер) был развернут модуль. За период работы с 16 по 19 мая врачи госпиталя оказали экстренную медицинскую помощь 118 пациентам, обеспечили медицинское сопровождение 195 больных. Среди заболеваний, выявленных у больных, наиболее часто встречались бронхиты, ОРВИ, астеноневротический синдром, вегетососудистая дистония, гипертонический криз, травмы мягких тканей и др.

Неоценимую помощь оказали врачи госпиталя пострадавшим при проведении гуманитарных акций – при разрушительных землетрясениях в 1999 году в Республике Колумбия (городе Каларка), в Турции (города Дюздже и Гельджюк).

С декабря 2001 года по январь 2002 года врачи Службы оказали медицинскую помощь более 6 тыс. больных и выполнили 99 операций в Исламском Государстве Афганистан (город Кабул). В конце марта 2002 года Афганистан постигло новое несчастье – землетрясение, приведшее к многочисленным человеческим жертвам. В городе Нахрин – эпицентре землетрясения – в трудных условиях российские спасатели первыми успели развернуть полевой мобильный госпиталь. За 5 дней пребывания в Нахрине врачи госпиталя оказали медицинскую помощь 1250 чел. (30% из них – это люди, получившие при землетрясении повреждения различной степени тяжести), провели 12 операций.

Учитывая реальную угрозу осуществления террористических актов на территории России, в 2003 году в ВЦМК «Защита» был создан мобильный медицинский отряд (специального назначения), который предназначен для организации и оказания первой врачебной и квалифицированной с элементами специализированной медицинской помощи пострадавшим в резуль-



ОТПРАВКА ГРУЗОВ МЕДИЦИНСКОГО НАЗНАЧЕНИЯ В РАЙОН
СЕВЕРНОГО КАВКАЗА ПО ЛИНИИ ВОЗ В 2000 ГОДУ

№ п/п	Куда отправлено	Сумма, руб.	Вес, кг
1.	Республика Ингушетия, Карабулакская гор. больница	134093,10	774
2.	Республика Ингушетия, г. С. Крепость, Назрановская гор. больница	305958,03	1657
3.	Республика Ингушетия, г. Малгобек, Малгобекская ЦРБ	806072,14	4361
4.	Республика Ингушетия, г. Назрань, Респ. клинич. больница	1085877,51	5883
5.	Республика Ингушетия, Сунженская ЦРБ	779808,59	4107
6.	Чеченская Республика, Надтеречная ЦРБ	412826,23	2268
7.	Республика Северная Осетия – Алания, Моздокская ЦРБ	1566965,00	8480
ВСЕГО		5100600,60	27530

тате террористического акта. В его функции также входит организация работы сортировочных бригад и бригад скорой медицинской помощи, взаимодействия с местными органами здравоохранения и медицинской службой других ведомств, управление медицинскими подразделениями, привлекаемыми для ликвидации последствий террористических актов. Основными его составляющими являются четыре бригады: хирургическая, токсикологическая, радиологическая, инфекционная, специалисты которых будут осуществлять круглосуточное дежурство в режиме постоянной готовности. В настоящее время проводятся организационные работы по укомплектованию отряда штатами, медикаментами, медицинским оборудованием.

С 1997 года в ВЦМК «Защита» в режиме повседневной деятельности функционирует отдел экстренной и планово-консультативной медицинской помощи (санитарная авиация).

Отдел работает в круглосуточном режиме. Через диспетчерскую осуществляется связь и координация действий со всеми отделениями санитарной авиации Российской Федерации. Работа отдела основывается на новейших достижениях медицинской науки и техники, современных технологиях оказания медицинской помощи. Подразделение оснащено современным оборудованием, медикаментами, санитарным транспортом и средствами связи.

Основными задачами отдела санитарной авиации являются:

- организация и оказание экстренной квалифицированной и специализированной медицинской помощи в ЧС населению Российской Федерации на уровне требований современных стандартов;
- организация и оказание консультативной и методической помощи лечебно-профилактическим учреждениям субъектов Российской Федерации с привлечением специалистов из ведущих лечебно-профилактических учреждений и научно-исследовательских институтов РАМН, Минздрава России и Москвы;

- организация и проведение медицинской эвакуации больных любыми видами транспорта в специализированные лечебные учреждения, а также из лечебных учреждений к постоянному месту жительства после проведенного лечения;
- госпитализация больных в ЛПУ.

За время работы отделом оказана медицинская помощь более чем 3600 больных и пострадавших в ЧС. Врачи и средний медицинский персонал принимали участие в оказании медицинской помощи пострадавшим во время вооруженного конфликта в Чеченской Республике и при террористических актах в Москве совместно с бригадой ПМГ.

Эффективность оказания медицинской помощи пострадавшему в ЧС населению во многом зависит от уровня обеспеченности медицинских формирований и учреждений медикаментами и другим медицинским имуществом. Успешному решению этой задачи способствует деятельность управления медицинского снабжения, которое организует и проводит работы, связанные с накоплением, содержанием и обновлением медицинского имущества резерва Министерства здравоохранения Российской Федерации для ликвидации ЧС, формирует и поставляет медицинское имущество для ликвидации медико-санитарных последствий непосредственно в очаги ЧС: обеспечивает медицинским имуществом полевой многопрофильный госпиталь ВЦМК «Защита», бригады специализированной медицинской помощи и бригады экстренного реагирования госпиталя и отдела экстренной и планово-консультативной помощи (санитарной авиации); проводит работу по накоплению резервов Службы на региональном уровне, контроль за их содержанием и расходом.

За прошедший период со склада резерва медицинского имущества Минздрава России было отгружено свыше 650 т медицинского имущества на сумму свыше 155 млн. руб.

В рамках международного сотрудничества осуществляется организация и распределение медицинских грузов гуманитарной помощи, получаемых от зарубежных стран, в том числе стран – членов ВОЗ.



Таблица 3

**СТРУКТУРА И КОЛИЧЕСТВО МЕДИЦИНСКИХ СПЕЦИАЛИСТОВ,
ПРОШЕДШИХ ПОВЫШЕНИЕ КВАЛИФИКАЦИИ В ВЦМК «ЗАЩИТА»
В 2001–2003 ГОДАХ (I ПОЛУГОДИЕ)**

Контингент слушателей	Количество по годам			
	2001	2002	2003 (I полугодие)	2001–2003 (I полугодие)
Руководители органов здравоохранения	19	4	5	28
Директора ЦМК и их заместители	10	14	13	37
Главные врачи больниц и их заместители	149	138	141	428
Главные врачи поликлиник, зав. приемными отделениями	22	25	6	53
Врачи врачебно-сестринских бригад и полевого многопрофильного госпиталя	50	29	77	156
Руководители и врачи ЦГСЭН	240	200	219	659
Преподаватели медицинских вузов	1	7	4	12
Преподаватели медицинских училищ	3	14	12	29
Другие специалисты (врачи ЛПУ и т.д.)	329	393	185	907
ИТОГО	823	824	662	2309

Для восстановления здравоохранения Чеченской Республики, а также в республике Северная Осетия – Алания и Ингушетия для обеспечения городков временного проживания вынужденных переселенцев из Чеченской Республики были направлены грузы медицинского назначения, объемы которых представлены в таблице 2.

Для проведения реабилитационных мероприятий лицам, работающим в особо сложных условиях, в ВЦМК «Защита» создан Научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации (НПЦМЭиР). В 1994 году разработано «Временное положение о медицинской реабилитации работников министерств и ведомств Российской Федерации, принимавших участие в ликвидации чрезвычайных ситуаций», а в 1996 году – введено в действие «Положение о бесплатной медицинской реабилитации спасателей Российской Федерации».

Результаты работы центра легли в основу приказа Минздрава России от 16.09.1998 №273/57 «О порядке медицинского освидетельствования спасателей, участвующих в ликвидации ЧС», положений «О центральной медико-экспертной комиссии Всероссийского центра медицины катастроф «Защита» Минздрава России», «О штатной медико-экспертной комиссии регионального центра медицины катастроф», «О лаборатории психофизиологического обеспечения территориального центра медицины катастроф», утвержденных Минздравом России 19.12.2000 и методических рекомендаций «Организация и проведение медицинской экспертизы контингентов, участвующих в ликвидации последствий ЧС» (утверждены Минздравом России).

С 2001 года ВЦМК «Защита» в соответствии с указанными регламентирующими документами работает с контингентами спасателей следующих учреждений: Центра по проведению спасательных операций особо-

го риска, Центрального регионального центра по делам гражданской обороны, чрезвычайным ситуациям и ликвидации последствий стихийных бедствий, Государственного центрального аэромобильного спасательного отряда МЧС России, Минобороны России. Проведено медицинское освидетельствование спасателей этих подразделений. Результатом работы явилась организация базы данных на 501 аттестованного спасателя. Сформированы Центральная и приступили к работе региональные медико-экспертные комиссии.

На основе проводимых в научных лабораториях Центра исследований по изучению психофизиологического состояния человека в условиях воздействия различных факторов окружающей среды и накопленного практического опыта по оказанию реальной реабилитационной помощи и психофизиологической поддержки различным спецконтингентам, разработаны методические, аппаратно-программные и информационные средства оценки профессионального здоровья, надежности деятельности, оценки риска влияния факторов профессиональной среды на здоровье спасателя, контроля функционального состояния организма человека.

В результате многолетних работ по изучению влияния различных физических факторов на человека в НПЦМЭиР разработаны концептуальные основы физиотерапии в реабилитации. В них проведен анализ и впервые сформулирован принцип информационно-волнового воздействия на организм человека внешних физических факторов, обоснована практическая значимость новых подходов в физиотерапии применительно к задачам медицинской и психологической реабилитации, обоснованы оптимальные параметры воздействующих факторов. Разработанные



концепции легли в основу микроволновых технологий, предусматривающих создание серии технических средств, предназначенных для использования в диагностических и лечебно-профилактических целях. Разработанный на основе этих принципов аппаратно-программный комплекс, не имеющий аналогов в мировой практике, показал высокую эффективность при решении вопросов реабилитации, особенно для коррекции ранних форм нарушений.

За период с 1995 по 2003 год в НПЦМЭиР проведена большая работа по становлению, научному обоснованию, совершенствованию медицинской экспертизы, диагностики и реабилитации лиц, участвующих в ликвидации последствий ЧС. За этот период разработано 7 законодательных и правительственных документов, разработано и утверждено 12 нормативно-правовых документов на правительственном и отраслевом уровнях.

За годы становления НПЦМЭиР отработано взаимодействие с ведущими научными организациями, предприятиями и учреждениями России. Специалисты НПЦМЭиР принимают участие в решении различных межотраслевых экспертных вопросов, в том числе и в области новейших разработок и нетрадиционных технологий.

Результаты труда НПЦМЭиР ВЦМК «Защита» широко используются не только в службе медицины катастроф, но и при решении задач экспертизы и реабилитации различных категорий и групп населения, подвергающихся неблагоприятному воздействию профессиональных и непрофессиональных факторов.

Новые планы НПЦМЭиР предусматривают расширение возможностей в деле сохранения здоровья обслуживаемых континентов, повышение эффективности работы на основе внедрения революционных технологий и собственных научных разработок.

Особенности организации и оказания медицинской помощи в ЧС требуют специальной подготовки медицинского персонала службы медицины катастроф и лечебных учреждений здравоохранения, научной разработки основных направлений деятельности этой отрасли здравоохранения.

Для этого в 2001 году в ВЦМК «Защита» Минздрава России был открыт Институт проблем медицины катастроф (приказ Минздрава России от 23.03.2001 №82).

Основными направлениями деятельности института были определены:

- координация и проведение научных исследований в Российской Федерации по актуальным проблемам медицины катастроф;
- организация и проведение повышения квалификации руководящих кадров здравоохранения и специалистов службы медицины катастроф, профессорско-преподавательских кадров

высшего, среднего и дополнительного профессионального медицинского образования по медицине катастроф;

- разработка и совершенствование учебно-методического обеспечения преподавания медицины катастроф;
- подготовка научных кадров в аспирантуре, докторантуре и путем соискательства;
- международная деятельность в области научных исследований и дополнительного медицинского профессионального образования и подготовки научных кадров;
- организация и проведение семинаров, конференций, симпозиумов по актуальным проблемам медицины катастроф.

На кафедрах института работают высококвалифицированные специалисты – доктора и кандидаты медицинских наук. К учебному процессу привлекаются также наиболее подготовленные сотрудники ВЦМК «Защита», имеющие практический опыт работы в ЧС.

Официальное право института на преподавательскую деятельность в сфере дополнительного профессионального образования подтверждено лицензией Минобразования России по 19 образовательным программам, в том числе по «Медицине катастроф», «Хирургии», «Скорой медицинской помощи», «Физиотерапии», «Мануальной терапии», «Эпидемиологии», «Радиационной гигиене» и др.

С 2001 года в институте повысили квалификацию более 2 тыс. медицинских специалистов службы медицины катастроф и лечебно-профилактических учреждений Минздрава России (табл. 3)

Подготовка научно-педагогических кадров осуществляется в очной и заочной аспирантуре и посредством прикрепления внешних соискателей. По состоянию на сентябрь 2003 года в аспирантуре обучалось 23 молодых ученых (в том числе в очной аспирантуре – 6 чел.); 4 аспиранта подготовили и успешно защитили кандидатские диссертации. Из 16 соискателей докторских и кандидатских степеней – 7 чел. являются сотрудниками ВЦМК «Защита», 9 – внешними соискателями.

Диссертационный Совет ВЦМК «Защита» был образован в 1996 году для защиты кандидатских, а с 1998 года – докторских диссертаций по специальности «Безопасность в чрезвычайных ситуациях (медицина катастроф)».

По состоянию на октябрь 2003 года защищено 56 диссертационных работ, из них: 21 докторская и 35 кандидатских, в частности, только в 2003 году защищено 17 работ, в том числе 7 докторских.

Результатом 10-летней деятельности ВЦМК «Защита» явилось существенное улучшение организации медицинской помощи при катастрофах, что позволило спасти жизнь, сохранить здоровье и трудоспособность значительному числу пострадавших.

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ РОССИИ



VIII

ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ АССОЦИАЦИЙ

НАРОДНАЯ МЕДИЦИНА

597

О РЕЗУЛЬТАТАХ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ АССОЦИАЦИИ РОССИИ
(2000–2003 ГОДЫ)

600

НАРОДНАЯ МЕДИЦИНА

ПРЕЗИДЕНТ
ОБЩЕРОССИЙСКОЙ
ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ
МЕДИЦИНСКОЙ
АССОЦИАЦИИ
СПЕЦИАЛИСТОВ
ТРАДИЦИОННОЙ НАРОДНОЙ
МЕДИЦИНЫ, ПРОФЕССОР

Яков Григорьевич
Гальперин



В последние годы лечебные возможности традиционной медицины во всем мире настолько очевидны как по результативности, доступности так и по безопасности для организма, что использование их в интересах собственного здоровья и в масштабах всего государства ни у кого не вызывает сомнения.

По данным Всемирной организации здравоохранения, ее удельный вес в некоторых странах значителен и достигает 70%. Если в странах Востока, Юго-Восточной Азии традиционная медицина всегда была частью официального здравоохранения, то в европейских и других высокоразвитых государствах интерес к ней вызван стремлением использовать экологически чистые технологии, продукты и лекарства. Осложнения, которые возникают в результате применения синтетических медикаментозных средств, вызывают зависимость, тяжелые аллергические реакции, влияющие на генетическую структуру организма.

В России в течение последних пятнадцати лет активно возрождаются взгляды и традиции, уникальные в мировой культуре целительства и профилактики заболеваний. Интерес к народной медицине в нашей стране был вызван политической и экономической обстановкой, сложившейся в 90-е годы прошлого века, отсутствием социальной защиты населения, высокими ценами на товары и продукты первой необходимости, лекарства и медицинские услуги. В этот пе-

риод многие россияне не смогли справиться с психоэмоциональными нагрузками, вызывавшими впоследствии психосоматические заболевания.

Народная медицина на протяжении всей истории России, и особенно в периоды социальных катаклизмов, всегда помогала сохранить жизнь и здоровье россиян, тем самым показывая свои безграничные лечебные возможности.

Волхование, шаманизм, знахарство – неотделимая часть народной культуры здоровья на территории России. Именно из этих элементов таинственного мира родилась Российская школа народной медицины. Все то лучшее в плане оздоровления и лечения, что бережно храним, передавая из поколения в поколение, многочисленные этнические группы и народности, населяющие необозримые, труднодоступные просторы российского государства.

Народные методы врачевания возвращали к жизни многих страждущих, избавляли от боли и страданий, а духовные и физические системы оздоровления помогали воспитывать народ стойким, мужественным, выносливым к страданиям и бедам, растили его физически крепким, закаленным, нравственно здоровым. Именно народные системы духовного и физического закаливания, такие как «Казачий Спас» и др., способствовали созданию ореола бесстрашия, силы, непобедимости вокруг Российского воинства.

Следует подчеркнуть, что и православная церковь России, несмотря на свою гегемонию в стране и невосприятие различных магий и оккультизма, все же была более терпимой к их проявлениям, относящимся к вопросам медицины и здоровья; в России не было «молота ведьм». Все это вместе взятое позволило сохранить на ее территории самобытное верование и генотип лиц с уникальным даром целителя.

На земле Российской целительство развивалось различными путями: наиболее явственно в данном аспекте можно разделить народы европейской части страны, Сибири и Севера.

Целительство у народов Сибири и Севера, Дальнего Востока развивалось весьма своеобразным путем. В роли главных врачевателей человеческой души и тела там выступали шаманы, которые во время камланий восстанавливали здоровье пациента. В камланиях соединялись различные принципы воздействия на человеческий организм, как, впрочем, и во время отправления заговорно-заклинательных актов у восточных славян. Главным здесь было, вероятно, биоэнергетическое воздействие наряду с мощнейшим психотерапевтическим влиянием. Но это не исключало и использование определенных чисто практических методов до или после сеансов камланий.

В Сибири, на Севере использовались многочисленные оригинальные методики лечения травами, камнями, средствами, добытыми из организма животных, рыб, птиц. К сожалению, многое из этого со временем было утрачено.

В XX веке развитие целительства у различных народов России было в значительной степени замедлено, а многое из накопленного векового опыта варварски уничтожено. С приходом советской власти начались гонения на шаманские и знахарско-ведовские роды. Многие шаманы, ведуны, знахари разделили судьбу российских репрессированных. Это особенно печальная страница в существовании российского целительства. В борьбе с так называемой неграмотностью большевики уничтожали настоящую народную культуру, народные знания. Искusstvenно насаждалось представление о том, что все целительские методы вредны для человеческого организма. Народное врачевание переводили в разряд запретных действий и постепенно уничтожали. Преследовали не только носителей древнейшего знания, но и тех, кто к ним вынужденно обращался за помощью.

К счастью, многое из древнего знания еще сохранилось даже до настоящего момента. Еще и сейчас живут в российских городах и деревнях старушки и старички, которые, пользуясь переданным им родителями или знакомыми знанием, лечат людей. В Сибири и на Севере положение не лучше. Настоящих шаманов в большинстве регионов России почти не сохранилось. Но отраднo, что последние события позволяют говорить о продолжении традиции народного целительства. Особенно активно целительская практика восстанавливается в Республике Саха (Якутия).

Сохранению целительских навыков в XX веке во многом способствовали объективные обстоятельства. Во время войны, например, пришлось вспомнить многое из народной медицинской жизни. Народные врачеватели, не имеющие порой под руками никаких медицинских средств, вынуждены были даже проводить транскхирургические операции; они, используя простые кухонные ножи, травы, камни, собственную биоэнергию, в условиях немецкой оккупации ставили на ноги тяжело раненных солдат, помогали своим соотечественникам, оказавшимся в тяжелых условиях. Церковь также в это время не стояла в стороне: многие священники оказывали помощь больным и раненым, используя традиционные методы лечения.

Дополнительный опыт, накопленный во время войны, не позволил народному целительству исчезнуть бесследно.

Секрет ее жизнестойкости в том, что люди эмпирически, методом проб и ошибок, искали избавления от боли и страданий, гармоничного единения с природой. Иногда эти поиски приводили к замечательным находкам и удивительным результатам. Так, до начала XIX века медицинская практика в основном была традиционной, тогда доверие больного к врачевателю являлось одним из главных условий успешного лечения. Во все времена традиционная медицина стремилась вселить в страждущего уверенность, мобилизовать все его силы для самолечения, повышая тем самым мотивацию человека к выздоровлению. Из истории медицины известны множество примеров, когда больной, не желая мириться с бессилием официальной медицины и собственным недугом, начинал искать альтернативные пути лечения. И тогда благодаря своей воле, соблюдая особую диету, принимая целебные травы и другие снадобья, он преодолел болезнь и возвращался к активной жизни.

Корифей отечественной медицины академик В.Н. Черниговский и его последователи в своих научных разработках еще в середине XIX века доказали, что в глубине человеческого сознания имеется информация о состоянии всех или почти всех функциональных систем организма. Главное – овладеть искусством сбора анамнеза и по редчайшим признакам, на основании глубокого знания природы и психологии людей определять диагноз, а затем грамотно лечить больного.

К сожалению, интенсивное развитие научной медицины привело к тому, что к началу XXI века человек как единое целое, так же как и субъективные аспекты его здоровья и болезни, перестал интересовать докторов. Специалисты по всем заболеваниям пытались лечить пациента с помощью многочисленных синтетических лекарств, постепенно забывая, что успех выздоровления зависит прежде всего от самого человека и мобилизации его внутренних резервов.

Однако опытные врачи – ученые и практики, особенно земские врачи, никогда не противопоставляли традиционные методы общепринятым в официальной медицине, а старались определить в каждом случае их место в комплексной терапии в интересах здоровья больного. Именно такие личности начали возрождать традиционную медицину в нашей стране. Этому процессу способствовало создание в 1972 году при Всемирной организации здравоохранения Отдела по традиционной (народной) медицине, цель которого – поддержание изучения ее методов и введение некоторых полезных элементов в национальные системы здравоохранения, а также разработка и принятие ВОЗ «Глобальной программы по развитию традиционной медицины на 1995–2000 годы».

До 1990 года в бывшем СССР развитие традиционной медицины было бурным и хаотичным. Никто не контролировал деятельность целителей, не было никакой рациональной системы их обучения. Государственное здравоохранение стояло на позициях конфронтации с традиционной медициной.

Всесоюзный (Всероссийский с 1992 года) научно-исследовательский центр традиционной народной медицины «ЭНИОМ» с 1987 года был первым в СССР и в России учреждением по изучению всех аспектов



традиционной медицины. Он строил научно-исследовательскую, учебно-методическую, клинико-диагностическую и просветительскую деятельность на международном опыте ряда государств. Сотрудники центра активно участвовали в подготовке статьи 57 «Право на занятие народной медициной (целительством)» Закона «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан», который был принят в июле 1993 года. В тот же год в развитии традиционной медицины не только в России, но и во всем мире произошло еще одно знаменательное событие – проведение в Москве Международного конгресса «Народная медицина России – прошлое, настоящее, будущее». Активным инициатором проведения этого форума наряду со ВНИЦТНМ «ЭНИОМ» был НИИ традиционных методов лечения Минздрава России (возглавляемый В.Г. Кукесом) при поддержке Верховного Совета Российской Федерации по охране здоровья и социальному обеспечению и Академии энергоинформационных наук. И хотя Международный конгресс проходил после принятия закона, вопросов, которые необходимо было решить на съезде с появлением ст. 57, не уменьшилось, а, наоборот, стало значительно больше.

Уже на первом конгрессе были намечены глобальные, основополагающие направления развития области народной медицины (учитывая международный опыт), которые на последующих форумах уточнялись, детально прорабатывались.

Первый конгресс стал вехой в развитии традиционной медицины в России, а его участники положили начало изучению и внедрению нового метода лечения в отечественное здравоохранение. Основополагающими документами, которыми руководствовался в работе форум, были положения, прописанные в ст. 56, 57 и ряде других Закона «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан». На форуме были рассмотрены следующие вопросы народной медицины:

- показания и противопоказания применения методов традиционной медицины, разработка критериев изучения эффективности лечения, теоретических основ народного целительства;
- развитие фундаментальных и клинических исследований в области традиционной медицины;
- проблема интеграции (внедрения) лечебных программ народной медицины.

По всем этим направлениям в дальнейшем достигнуты значительные успехи. В последующих трех конгрессах уделялось большое внимание фундаментальным, прикладным и клиническим исследованиям в области традиционной медицины и целительства, в которых значительную роль играл ВНИЦТНМ «ЭНИОМ». По многим научным направлениям получены результаты, не имеющие аналогов в мировой науке и послужившие основой создания научно обоснованной концепции развития народной медицины в России. Однако многие прогрессивные научные направления, которые успешно разрабатывались в 90-е годы, до сих пор не нашли поддержки со стороны государственных научно-исследовательских учреждений.

Вопросы интеграции методов традиционной медицины в отечественное здравоохранение за эти годы решались

лишь весьма непросто. Гомеопатия, акупунктура, разные виды мануальной, биорезонансной, фито- и натуротерапии, гирудо-, апитерапия и др. были разрешены Минздравом (несмотря на определенные сложности) для лечения и профилактики заболеваний. Их активно, а главное успешно используют во всех лечебно-профилактических и санаторных учреждениях. Для большей эффективности лечения врачи применяют сочетанный метод, например, гомеопатической и мануальной терапии.

Кроме перечисленных, специалисты традиционной медицины используют и другие методики: иридо-диагностика, хиропрактика, различные виды массажа (контактного, бесконтактного, классического, медово-вакуумного, включая банные процедуры), костоправство, транскхирургия, висцеральная практика, натуропатия, духовное целительство.

При лечении некоторых заболеваний особенно эффективны такие древние методы, как арома-, лито-, металло-, биоэнерготерапия, а также применение различных пород деревьев, органов и тканей животных. При этом каждый из методов пришлось отстаивать и доказывать, что они могут и должны занять достойное место в системе оздоровления.

В отношении биоэнергоинформатики вопрос остается открытым. На сегодняшний день ее исключили из методов медицинской деятельности, допущенных к лицензированию. Несмотря на то, что во многих странах Европы, Азии, Северной и Южной Америки биоэнерготерапию применяют как метод лечения, в России к нему относятся настороженно.

Подготовкой специалистов традиционной медицины, особенно повышением квалификации, занимаются многие государственные медицинские учреждения. Лица с врожденным даром целителя после предварительного отбора должны обучаться на специализированных курсах постдипломной подготовки, подобных тем, которые действуют с 1988 года при ВНИЦТНМ «ЭНИОМ», и параллельно получать медицинское образование в государственных учебных учреждениях.

Важность народного целительства как ценного источника знаний и опыта, положенных в основу развития медицины и здравоохранения России, неопределима. Российская школа целительства имеет широкое признание и за рубежом.

Благополучие государства заключено в физическом и психическом здоровье его граждан, здоровье нации признано фактором безопасности страны, и в этом немалую роль должна сыграть народная медицина как наиболее приближенная к населению, наиболее дешевая и не менее эффективная среди других направлений медицины.

Государственная политика в отношении народной медицины должна строиться с учетом рекомендации ВОЗ. По признанию ВОЗ, Россия стоит на одном из первых мест в мире по развитию народной медицины.

Только динамичная интеграция современной медицины с традиционной народной медициной является основой для успешного решения задач по охране здоровья населения.

О РЕЗУЛЬТАТАХ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ АССОЦИАЦИИ РОССИИ (2000–2003 ГОДЫ)

ПРЕЗИДЕНТ СТОМАТОЛО-
ГИЧЕСКОЙ АССОЦИАЦИИ
РОССИИ, ПРОФЕССОР
Валерий Константинович
Леонтьев



Стоматологическая ассоциация России (СтАР) состоит из 79 региональных ассоциаций, большинство из которых являются юридическими лицами. Практически вся Российская Федерация представлена в ассоциации своими членами – территориальными стоматологическими ассоциациями. Это свидетельствует о высоком авторитете Ассоциации, о ее значимости и роли.

В составе Ассоциации находится более 20 тыс. человек.

В составе СтАР созданы и функционируют 12 секций. Это секции (ассоциации) ортодонтии, челюстно-лицевой хирургии, эндодонтии, эстетической стоматологии, патологии, зубных техников, частной стоматологии, профилактики, детской стоматологии, пародонтологии, имплантологии, главных врачей. Само создание этих секций свидетельствует о высокой профессиональной активности стоматологов-профессионалов, о следующем шаге в развитии Ассоциации, который будет дальше всемерно развиваться и поддерживаться. Особенно успешно функционируют секции ортодонтии, детской стоматологии, имплантологии, пародонтологии, эндодонтии, эстетической стоматологии, профилактики.

Свидетельством их активности является такой важный и значимый факт, как проведение чемпионатов профессионального мастерства. Они ежегодно проводятся по эстетической стоматологии, зубной технике, имплантологии, анестезиологии.

Эти чемпионаты выливаются в праздники профессионального мастерства и стимулируют к совершенствованию своей профессии.

СтАР впервые в стране начала грамотное страхование профессиональных рисков, и стоматологи нашей страны впервые узнали, что это такое и для чего оно.

«Знаки одобрения СтАР» позволяют надежно выбирать лучшие стоматологические товары для населения и специалистов.

Научные программы СтАР решают крупные проблемы организации, управления и профилактики в стоматологии, помогают готовить необходимые документы.

Профессиональные чемпионаты СтАР, единственные в здравоохранении, позволили поднять здоровый интерес к профессионализму в нашей специальности и выявить сотни талантов. Наградная программа СтАР позволяет достойно отмечать лучших стоматологов страны в кругу их коллег на высоком объективном уровне.

Информационная программа СтАР позволила поднять на новый уровень обмен техникой, технологиями, общением, обучением и другие важнейшие аспекты специальности.

Становление рыночных отношений в России ознаменовалось новыми серьезными и глубокими изменениями в специальности.

На фоне продолжающегося кризиса в социальной сфере и здравоохранении страны довольно четко определились положение и пути реформирования стоматологической службы. Стоматология явилась одним из немногих разделов здравоохранения, в котором за минувшие годы сделаны реальные шаги по реформированию специальности, адаптации ее к условиям рынка, где найдены дополнительные источники финансирования, внедрены современные технологии профилактики и лечения, проведено интенсивное обучение и переобучение кадров и решен ряд проблем (табл.).

В настоящее время данная специальность в принципе готова к восприятию любых вариантов развития.

Анализ сегодняшней ситуации показывает, что вряд ли будет принято решение об акционировании и приватизации стоматологии на уровне страны в целом. Маловероятно также принятие решения об улучшении бюджетного или страхового развития стоматологии. Процесс акционирования муниципальной стоматологии будет зависеть от региональной власти.

Действительно, анализ тенденций развития стоматологии в России показывает, что во многих регионах сейчас всерьез рассматривается проблема акционирования и приватизации стоматологических учреждений (г. Калининград, г. Новосибирск, г. Псков, г. Тюмень и др.).

Накопленный в России и в Казахстане опыт показывает, что приватизацию стоматологических учреждений нельзя считать всеобщим благом ни для населения, ни для стоматологов, как и постепенное развитие государственного сектора без увеличения государственного бюджета. Скорее всего, процесс вероятного акционирования стоматологического сектора здравоохранения может стать вынужденной мерой государственной или региональной власти из-за дефицита бюджетного финансирования.

Благом является получение полной самостоятельности учреждением при акционировании, но в условиях изношенного оборудования, недостаточно подготовленных кадров, плохого состояния здания и инфраструктуры выживание такой акционированной поликлиники возможно только при наличии госзаказа на стоматологическую помощь, величайших усилиях коллектива, привлечении сил инвестора или коллектива поликлиники к переоснащению учреждения, разумная ценовая политика.

Для всех акционировавшихся поликлиник, которые сегодня существуют благополучно, эти условия являлись необходимыми для их выживания и развития.

Если рассмотреть другую схему дальнейшего развития государственного стоматологического учреждения, то оно видится в двух аспектах.

Благополучный вариант состоит в получении помощи из бюджета на переоснащение поликлиник, их развитие, обучение кадров. Этот вариант, к сожалению, доступен для немногих поликлиник, является оптимальным, хотя и он не гарантирует препятствия развитию теневого сектора. Подобный путь развития удобен для дальнейшего акционирования.

Менее благополучный, но более вероятный путь развития государственных стоматологических поликлиник заключается в работе этих учреждений в условиях дефицита бюджета и страхового обеспечения, бурном развитии теневого сектора, системы поборов, постепенном обветшании оборудования, здания и печальном финале таких учреждений. Такой путь развития более всего вероятен для стоматологических поликлиник в регионах, где уделяется недостаточно внимания стоматологической помощи; в тех учреждениях, которыми руководят пожилые и старые главные врачи, не адаптированные к рыночным отношениям;

в тех учреждениях, где развитие пущено на самотек и надежда на развитие отсутствует. К сожалению, таких стоматологических учреждений немало и большинство из них не имеет перспектив. Выходом для них является смена руководства, поиск инвесторов, полное изменение политики учреждения.

Стоматология является одним из самых успешно развивающихся разделов здравоохранения в условиях рыночной экономики. Этому в немалой степени способствует высокая политическая, экономическая, социальная и профессиональная активность членов самой стоматологической корпорации. Нарботанный ими капитал в виде приказов Минздрава №50, 312, 259, 289 и др., организация и работа Стоматологической ассоциации России, развитие обучения и информатики, широкие контакты специалистов на всех уровнях – все это способствует развитию стоматологии в стране.

Стоматология как одна из наиболее социально значимых медицинских специальностей не только успешно выжила, но и получает дальнейшее развитие.

Это проявляется в следующем:

1. Во всех стоматологических учреждениях страны в различных формах внедрены новые методы организации, управления, экономики, технологии, обучения и др.
2. За последние 5–7 лет по всем разделам специальности внедрены новые технологии лечения и профилактики, проведено обучение кадров, анализ устаревших методов.
3. Резко возросла эффективность использования и применения информатики в стоматологии. В стране созданы и издаются десятки журналов, газет, сайтов в Интернете, ежегодно проходят три крупных всероссийских мероприятия, около 20 региональных конференций, 3 крупные выставки, чемпионаты профессионального мастерства, создана профессиональная Национальная академия стоматологии и др.
4. Создана крупнейшая в стране добровольная общественная организация – Стоматологическая ассоциация России, успешно функционирующая и активно защищающая и отражающая интересы стоматологов.
5. Высокая социальная и профессиональная активность стоматологов, хорошие связи и взаимовыгодные отношения с администрацией, управлением регионами помогают успешному развитию специальности.

В стоматологии гораздо шире (в десятки раз), чем в любой другой медицинской специальности, развит альтернативный государственному рынок стоматологических услуг в самых различных формах – платные услуги, частные кабинеты, лечебно-профилактические предприятия, индивидуальные частные предприятия, аренда рабочих мест и др. Сейчас этот вновь созданный рынок приобретает цивилизованные формы. Создано значительное количество стоматологических клиник типа «Элит», «Комфорт», которые полностью удовлетворяют население в этом виде стоматологической помощи. Во многих городах страны



ОСНОВНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В СТОМАТОЛОГИИ РОССИИ
В ПЕРИОД ПЕРЕХОДА К РЫНОЧНЫМ ОТНОШЕНИЯМ

Положительные	Отрицательные
1. Развитие многоукладных форм стоматологической помощи	1. Дефицит бюджетного финансирования
2. Внедрение новых технологий	2. Ухудшение помощи детям, разрушение детской стоматологии
3. Улучшение качества стоматологической помощи	3. Снижение социальной защиты пациента
4. Расширение источников финансирования	4. Уменьшение доступности стоматологической помощи
5. Потребность в высококачественном лечении и специалистах	5. Ухудшение школьной стоматологии
6. Улучшение имиджа стоматолога в здравоохранении и в обществе	6. Безответственность владельца за состояние своей собственности
7. Улучшение прав пациента	7. Разрушение материальной базы государственных стоматологических учреждений
8. Улучшение индивидуальной профилактики	
9. Увеличение ответственности стоматолога	
10. Свободный выбор изделий для стоматологии	
11. Повышение роли общественных организаций и самоуправления	
12. Резкое развитие информатики	
13. Скачок в развитии имплантологии, ортодонтии, эндодонтии	
14. Усиление ответственности стоматологов	

имеются прекрасные частные стоматологические клиники, завоевавшие доверие и признание пациентов, осуществляющие помощь населению на самом высоком уровне.

В стране появился дефицит квалифицированных специалистов, их высоко оценивают, ими дорожат, их хорошо знают в стране. Особенно следует отметить такие частные клиники, как «Омдент» (г. Омск), «Мега-стом», «Профессорская», «Клуб-32», «Представительская», «Стеллс-Стом» (г. Москва), «Биодент» (г. Екатеринбург), Стоматологический холдинг «Эра» (г. Воронеж), «Меди» (г. Санкт-Петербург), «Дента» (г. Новосибирск), «Улыбка» (г. Кемерово), «Стоматологический центр» (г. Ангарск), детская стоматологическая поликлиника (г. Тюмень). Выросли прекрасные врачи и руководители частных клиник – В.П. Рогатнев, С.Т. Пырков, В.С. Новиков, С.М. Соболев, А.В. Захаров, Т.Ш. Мчедлидзе, С.П. Третьяков, Г.Л. Сорокоумов, В.В. Трофимов, Л.С. Иванова, Г.В. Дробот и др. При поддержке СтАР были проведены съезды частных стоматологов в России, которые прошли успешно. На них была сделана серьезная попытка преодоления определенного недоверия между частными стоматологами и СтАР. Для СтАР нет ни государственной, ни частной, ни ведомственной стоматологии, для СтАР имеются лишь специалисты стоматологического профиля, члены нашей корпорации независимо от места, вида собственности и вида клиники, в которой они работают. Ассоциация призвана защищать и отражать интересы стоматологической профессии, корпорации перед лицом общества, государства, страны.

Следует отметить значительный объем негосударственного сектора в нашей стране. В Москве сейчас зарегистрировано более 1000 частных стоматологических клиник и кабинетов, сотни их имеются в крупных городах – Нижнем Новгороде, Санкт-Петербурге, Екате-

ринбурге, Перми, Ростове-на-Дону. Они отвлекают на себя миллионы пациентов, снимая тем самым нагрузку с бюджета и улучшая условия работы государственных клиник. Положительную роль играет атмосфера конкуренции, создаваемая ими, что в значительной мере способствует улучшению качества лечения населения. Правда, нельзя не упомянуть и об отдельных отрицательных явлениях в этой среде. Нередко появление «подпольных» дельцов от стоматологии, не лицензирующих свою деятельность, занимающихся откровенной халтурой, обманом пациентов, что наводит тень на всю нашу профессиональную корпорацию. Нередки еще стоматологи, которые открывают частные кабинеты, но не способны к качественной, эффективной лечебной работе из-за недостатка опыта, знаний, обучения. Цель профессиональной корпорации – вмешаться в такие ситуации. Одной из важнейших целей есть сохранение, поддержание и развитие имиджа специальности.

Устойчивый, надежный и удобный порядок установился в обеспечении стоматологии материалами, лекарствами, инструментами, оборудованием. Создана нормально функционирующая рыночная система обеспечения стоматологии необходимыми для деятельности изделиями. На стоматологическом рынке надежно функционирует ряд высокопрофессиональных фирм и компаний, завоевавших доверие стоматологов. Это такие фирмы, как «Стомадент», «Круг», «Стоматорг», «Проктер энд Гэмбл», «Айдек», «Амфодент», «Экрандент», «Мегастом» и др. Вновь созданы и успешно работают ряд заводов, выпускающих стоматологические изделия. Это «Стомадент», «Радуга-Россия», «Аверон», «Владмива», «Микрон», «Стомэл», «Бионт», «Невская косметика». Бурное развитие торговли в стоматологии и промышленности (создано 120 новых предприятий) позволило им



объединиться в Ассоциацию «Стоматологическая индустрия», которую возглавил И.С. Бочковский.

Таким образом, в России произошло бурное развитие торговой и промышленной деятельности в области стоматологии, что позволило в значительной мере сократить разрыв в технологиях, которые сейчас используются на Западе и в России, полностью устранить потребность в «Медтехнике», системе заявок и установить рыночные отношения в обеспечении стоматологии материалами и оборудованием. Это большая заслуга в первую очередь стоматологической общественности страны, СтАР и большой группы энтузиастов.

За последние годы произошли положительные сдвиги в подготовке кадров стоматологического профиля, хотя в целом эта проблема является наиболее трудной, консервативной и плохо адаптируемой к условиям рынка.

Позитивные сдвиги в системе стоматологического обучения связаны с разработкой и принятием концепции о стоматологическом образовании, представленной Московским государственным медико-стоматологическим университетом (МГМСУ). Суть ее состоит в том, что основана и предложена подготовка стоматолога общей практики как основной центральной фигуры с высшим образованием, выпускаемой стоматологическими факультетами страны. Это означает, что все стоматологические факультеты должны выпускать только стоматологов общей практики с прохождением соответствующей интернатуры, после чего они должны проработать 3 года по данной специальности, совмещая в одном лице функции терапевта, хирурга, ортопеда, детского стоматолога. Получение узкой специализации возможно только путем прохождения клинической ординатуры. Получение разрешений на другие виды работ, их количество будет целиком зависеть от способностей, желаний, прохождения соответствующего обучения, но при этом он (без прохождения ординатуры) не становится узким специалистом, а только получает право на соответствующий вид деятельности.

Согласно этой концепции должен быть прекращен набор и выпуск зубных врачей. Их нишу в среднем стоматологическом образовании по специальности «стоматология профилактическая» займет «гигиенист стоматологический».

Реализация этой концепции в жизнь потребует очень серьезных изменений как в системе образования, так и в номенклатуре стоматологических кадров в структуре стоматологических поликлиник. Такая реформа необходима, так как она отвечает интересам специальности, она ставит ее на уровень, понятный и принятый во всем западном мире. Однако эти преобразования нельзя начинать немедленно. Их нужно готовить, вводить постепенно, и в целом такая реформа может занять до 20 лет, с тем чтобы скороспелые решения не принесли вреда специальности и качеству стоматологической помощи населению.

Много трудностей вызовут обучение, подготовка рабочих мест, определение функциональных обязанностей и внедрение в широкую стоматологическую практику должности «гигиенист стоматологический». Даже один перечень рабочих мест, где он может работать, достаточно велик, чтобы понять возможность и необходи-

мость его широкого использования в стоматологии. Он должен уметь работать самостоятельно (в пределах своей компетентности) в детских дошкольных и школьных учреждениях, в кабинетах профилактики и гигиены, в комнате здорового ребенка. Вместе со стоматологом он может работать в лечебных кабинетах по системе нескольких кресел на одного стоматолога и др.

Решение судьбы специальности «зубной врач» должно состоять из следующих этапов:

1. Запретить открывать новые зубохирургические отделения в медицинских колледжах.
2. Запретить новый набор зубных врачей в медицинские колледжи – в течение 1–2 лет.
3. Открыть очно-заочные отделения на 2–3 стоматологических факультетах страны (как это было в 60-х годах) на 2–3 года, чтобы желающие получить высшее образование зубные врачи могли это сделать.
4. Стимулировать переобучение зубных врачей на гигиенистов стоматологических (положительный опыт уже имеется).
5. Дать спокойно работать на своих местах всем зубным врачам, имеющим соответствующие дипломы, до пенсионного возраста согласно полученной специальности.
6. Перепрофилировать подготовку зубных врачей на гигиенистов стоматологических.

Однако ряд фактов, связанных в основном с децентрализацией и ослаблением власти в целом, не позволяют пока реализовать такой план.

Серьезные проблемы по-прежнему имеются в постдипломном образовании. В первую очередь они связаны с плохой материальной базой кафедр усовершенствования стоматологов, слабым финансированием, отсутствием собственных баз и др.

Большое и широкое распространение получили различные курсы повышения квалификации, в том числе и частные. Они добиваются лицензии на преподавательскую деятельность и ведут таковую, часто на базе прекрасных частных клиник, но существенным недостатком таких курсов является отсутствие опытных педагогов.

Выход из создавшегося положения состоит в коренном изменении постдиплома в стоматологии с переводом его на самостоятельность и хозрасчет, с введением в нем платных услуг, индивидуального обучения, открытием новых кафедр (бухгалтерского учета, менеджмента, экономики, узкой специализации, технологии R-логии и др.), накопительной системы часов усовершенствования и многое другое.

Для содействия в этом вопросе была учреждена Национальная академия стоматологии. Одной из ее целей было оказание реального содействия улучшению постдипломного образования в России. Для этого подразумевалась необходимость тесного взаимодействия этой образовательной организации с официальной системой постдиплома в России – с институтами, кафедрами, факультетами постдипломного образования.

За последние 5–7 лет в российской стоматологии произошла качественная технологическая революция,



в основе которой лежит пришествие в страну и интенсивное освоение новых материалов, инструментов, оборудования, лекарственных средств и на их основе – новых технологий профилактики и лечения.

Использование новых технологий требует информации, обучения, условий, финансирования, высокого уровня подготовки специалистов и др. Реально все эти факторы наличествуют только в частном секторе и в незначительной части государственных стоматологических учреждений. Поэтому налицо ситуация, когда многие стоматологические учреждения, стоматологи, администрация клиник готовы к широкому применению новых технологий, но дефицит бюджетного и страхового финансирования не позволяет закупить и постоянно использовать эффективные технологии. Во многих случаях выход находится путем предложения платных услуг на основании приказа Минздрава №312 (1996 год), поиска дополнительных источников финансирования и др. Однако большая часть населения по-прежнему получает стоматологическую помощь на основе устаревших технологий, материалов и оборудования, так как его значительная часть не в состоянии оплачивать платные услуги. Вместе с тем прогресс стоматологического лечения столь явен и велик, что освоение и постепенное внедрение новых технологий во всех стоматологических учреждениях происходит в соответствии с правилами технического прогресса, и его остановить невозможно. Вероятно, путем интеграции ряда факторов – постепенного увеличения бюджетного финансирования, улучшения благосостояния населения, постепенного удешевления стоимости новых технологий – будет происходить все большее внедрение их в широкую стоматологическую практику. В качестве положительных примеров широкого внедрения в стоматологическую практику новых технологий можно привести применение новых анестетиков и видов анестезии, использование разовых инструментов, перчаток, масок и др., использование композитных материалов для пломбирования, достижения эстетической стоматологии, расширение металлокерамического и металлопластмассового протезирования, расширение применения замковых креплений, резкое улучшение эндодонтического лечения и др.

Нельзя не упомянуть и о серьезном технологическом отставании по ряду проблем, например, о забвении профилактики при проведении лечения пациентов. На это указывают как низкие цифры санации по обращаемости, так и отсутствие профилактических процедур при обращении к различным стоматологам. Вместе с тем именно в этом контингенте лежит огромный резерв профилактики в стоматологии (более 140 млн. посещений в год).

В ортопедической стоматологии практически не используются артикуляторы, применение которых позволяет резко улучшить качество протезирования. Катастрофическое положение с пародонтологией в стране в основном из-за нерешенности организационных проблем специальности, слабой подготовки врачей по пародонтологии, недостаточной качественной и количе-

ственной подготовки специалистов по этому разделу. Должны резко возрасти подготовка, обучение и оснащение отделений имплантологии – этого самого прогрессивного раздела ортопедического лечения.

Слабо развивается амбулаторная хирургия. Здесь очень велики резервы оказания эффективной стоматологической помощи. Особенно важны расширение зубосохраняющих операций, лечение корней зубов, сохранение и повышение высоты альвеолярного отростка и др.

Недостаточное внимание уделяется заболеваниям височно-нижнечелюстного сустава, особенно профилактике этих болезней.

По-прежнему значительно отстает отечественное стоматологическое материаловедение, хотя за последнее время здесь сделано немало серьезных шагов. Нужно привлечь высококвалифицированные научные кадры из военно-промышленного комплекса, академическую науку.

В последние годы восстановилось активное развитие науки в стоматологии. Наблюдается ежегодный серьезный рост числа подготовленных докторов и кандидатов науки по стоматологии. Основными научными центрами подготовки научных кадров и науки в стране являются Москва (ЦНИИС и МГМСУ), Санкт-Петербург, Омск, Екатеринбург, Самара. В последние годы возросло число научных исследований по организации и управлению стоматологической помощью, по разработке и внедрению новых технологий профилактики и лечения, по обобщению клинического опыта по различным разделам стоматологии.

Вместе с тем резко уменьшилось количество исследований по фундаментальным основам стоматологии – по химии, биохимии, физиологии, фармации, патофизиологии, патанатомии, материаловедению и др. Отставание по этим разделам очень опасно для будущего специальности, так как успехами именно в фундаментальных разделах закладывается будущее профилактики, лечения, изобретений, открытий, передовых технологий. Очень опасно также то, что грозит исчезновение отечественных школ в области фундаментальных основ стоматологии, материаловедения. Те немногие специалисты, которые еще имеются по данному разделу, находятся в пенсионном возрасте, их нечем заменить, они живут на мизерную зарплату, не имея поддержки ни от государства, ни от общества. Шаги для возрождения фундаментальной стоматологии в условиях, когда государство не способно ее поддержать, должны сделать стоматологические факультеты, предприятия, вырабатывающие стоматологическую продукцию, а в первую очередь наши главные вузы – МГМСУ, ЦНИИС. Если сейчас не ликвидировать это отставание, оно может стать непреодолимым.

К сложным, негативным проблемам стоматологии относятся, во-первых, нерешенные вопросы с будущим развитием стоматологии в стране. Создание крупного государственного сектора, его интенсивное развитие, возникновение конкуренции между государственным и негосударственным секторами, малые размеры оплаты труда, сложности в разделе детской стоматологии и многие другие проблемы требуют знания стратегической цели – какая стоматология нужна государству, каково будет развитие здравоохранения, будет ли разрешена приватизация



в здравоохранении, каков будет ее механизм, каким образом будет оказываться помощь детям и социально незащищенным слоям населения? Здравоохранение, и стоматология в частности, нуждается в ответе на эти вопросы, без них невозможно долгосрочное планирование развития специальности, привлечение в нее дополнительных капиталов, создание интереса для специалистов в развитии стоматологических учреждений и предприятий. Любая стратегия развития здравоохранения неизбежно должна быть связана с усилением прав медицинских учреждений и предприятий, механизмом их эффективной защиты от волевого руководства вышестоящих инстанций и резкого сокращения количества и прав аппарата управления. В этом отношении концепция самоуправления медицинских учреждений, прозвучавшая на последнем Пироговском съезде, имеет определенную привлекательность, но она должна приобрести законодательные права.

Важнейшей проблемой в здравоохранении остается значительный дефицит бюджетного финансирования. Он столь велик, что не позволяет эффективно функционировать системе здравоохранения в целом, хотя в отдельных регионах (Москва, Кемерово, Пермь, Екатеринбург, Тюмень) она решается вполне удовлетворительно. Как и раньше, финансирование здравоохранения и его состояние, стоматологии в частности, во многом зависят от личности – личности регионального руководителя, руководителей здравоохранения, главного стоматолога, главных врачей. Во многих случаях их усилиями удается добиться приемлемого уровня финансирования стоматологии, однако такая картина не является типичной. В большинстве регионов стоматологические учреждения успешно функционируют при использовании различных источников финансирования – бюджетных средств, средств ФОМСа, платных услуг. При этом в большинстве случаев основная часть средств поступает за счет платных услуг – 40–80%, что позволяет нормально функционировать стоматологическим учреждениям. Эти средства идут на повышение зарплаты сотрудникам, на закупку высококачественных материалов и инструментов, оборудования, ремонт помещений и другие цели. Таким образом, руководство стоматологических учреждений благодаря средствам, полученным от платных услуг, сумело:

- выжить в условиях огромного дефицита бюджетного финансирования;
- сохранить помещения и здания, принадлежащие государству, которое не выделило средств для поддержания своей собственности, в удовлетворительном состоянии;
- улучшить материальное обеспечение поликлиник, обновить оборудование, материалы;
- внедрить новые технологии профилактики и лечения, обучить специалистов;
- увеличить зарплату сотрудникам стоматологических учреждений;
- часть средств потратить на бесплатный прием детей и других групп населения, которые нуждались в лечении с применением более высоких технологий.

С учетом, что все это выполнено за счет собственных средств, заработанных коллективами поликлиник, работу главных врачей и стоматологов по платным услугам можно оценить как выполнение ими гражданского долга в плане поддержания стоматологии, сбережения ее от распада и краха.

Необходимо повышать активность руководителей службы всех рангов, а именно:

- устанавливать хорошие отношения с руководством региона, с местными руководителями здравоохранения и общественностью;
- создавать авторитет среди стоматологов региона, вникать в их нужды, улучшать условия работы, зарплаты, отдыха;
- постоянно информировать обо всем новом в стоматологии, о решениях Минздрава России, СтАР, о передовом опыте работы, новых веяниях и тенденциях в специальности;
- умелый подбор кадров в регионе, воспитание кадров;
- ведение курса на прогрессивные преобразования в специальности, на внедрение новых организационных и стоматологических технологий в практику, обучение специалистов, приобретение оборудования;
- общественная активность, проведение конференций, участие в съездах, симпозиумах, приглашение специалистов, привлечение стоматологов к участию в съездах, организация подписки на стоматологические издания.

Большое значение имеет правильное понимание проблем профессиональной ответственности, профессиональных рисков, психологии работы с пациентами в новых условиях.

Очень серьезные проблемы стоят в связи с номенклатурой кадров и их подготовкой. Необходимо наконец-то решить проблему с челюстно-лицевым хирургом, хирургом-стоматологом, с подготовкой и введением в номенклатуру должностей стоматолога общей практики, с введением медицинского стажа для работников частных стоматологических учреждений и ряд других проблем. Однако основной задачей являются составление и принятие долгосрочной, глубокой, серьезной программы работы с населением, с пациентами.

К сожалению, население страны и стоматологи смирились со сплошной стоматологической заболеваемостью и считают его неизбежным злом. Население по-прежнему связывает стоматологию и стоматологическое лечение с неприятностями и болью как неизбежными элементами стоматологического лечения. У населения страны воспитался и продолжает воспитываться извращенный имидж стоматолога как специалиста, который хотя и необходим для сохранения здоровья, но посещение которого всегда связано с неприятностями экономического, психологического, болевого и личностного характера. Сложившаяся философия отношения стоматологов с пациентами устраивает не более 20–25% последних. Около 40% не посещают стоматолога вообще, а около 40% – только при крайней необходимости. Особенно не-



приятны сложившиеся отношения стоматологов с детьми. Негативное отношение их к стоматологу часто приводит детей к катастрофическому состоянию зубов на всю жизнь. Сейчас ситуация меняется, но очень медленно.

Значительная часть вины изложенного лежит на стоматологах:

1. Недостаточно санитарно-гигиеническое обучение и воспитание пациентов. Стоматологи занимаются этим крайне мало.

2. Часто отсутствует психологический подход к личности пациента и недостаточна его мотивация на профилактику и лечение:

– общение стоматолога с пациентом крайне сужено и на 70–80% состоит из 5–10 стандартных фраз;
– стоматологи очень редко объясняют пациенту сущность и причину его заболевания, профилактики, лечения и возможности выбора, не спрашивают согласия на проведение лечения или манипуляций, не говорят о вариантах или альтернативных методах лечения и профилактики, в итоге недостаточно мотивируют пациента на лечение, недостаточно используют арсенал анестезиологии, нередко пренебрегают не только ощущениями, но и личностью пациента, что во многих случаях неизбежно ведет к недовольству больных, конфликтам, жалобам и др.

Отсутствует философия специальности, позволяющая населению правильно воспринимать, оценивать и относиться к личности и работе стоматолога, к стоматологическим заболеваниям, к роли зубочелюстной системы в их жизни и здоровье, что в итоге ведет к катастрофическим последствиям. Пренебрежение стоматологической профилактикой и лечением ведет к нарушению выбора и приема пищи, питания в целом, эстетики лица, нормального общения, благополучия в жизни и нарушению качества жизни.

Население не понимает и не знает, насколько качество его жизни зависит от состояния зубочелюстной системы, примитивно воспринимает роль стома-

толога, стоматологического лечения и профилактики в их жизни, неверно относится к лечению зубов, их удалению и протезированию. Стоматологи и специальность в целом не прилагают должных усилий для воспитания у населения правильного имиджа стоматолога и должного отношения к своей зубочелюстной системе, не предвидят последствий ее нарушения.

Таким образом, сложившиеся на сегодняшний день отношения стоматологов с населением создают у значительной части населения искаженное представление о стоматологии, делают образ стоматолога неприязненным, частью неизбежного зла в своей жизни, не мотивируют пациентов на профилактику и лечение, не воспринимают нарушения зубочелюстной системы как фактическое ухудшение качества своей жизни.

Для работы по этой проблеме необходима долгосрочная научно обоснованная программа работы с населением. Такой программы наша страна никогда не имела, и ее создание представляет собой огромный труд. Но вместе с тем ее создание и выполнение приведут к тому, что те 80% населения, которые по личным мотивам не хотят контактировать с нашей специальностью, постепенно будут выходить из тени, и для нас исчезнет проблема пациента. Эта задача сейчас самая важная в стоматологии, и для ее решения не надо жалеть ни времени, ни сил.

Во главе нового подхода можно указать следующие принципы:

1. Мы для пациентов, а не они для нас.
2. Нет плохих пациентов.
3. Зубы пациентов – наши зубы.
4. Пациент должен полюбить стоматолога.
5. Дети – будущее наших стоматологов.
6. С пациентом надо разговаривать. Он должен понять и принять цели стоматолога.
7. Пациент должен понять, что потеря зубов – это нарушение всех основных аспектов его жизни в качественно худшую сторону.
8. Стоматолог должен жить и работать достойно, а пациент должен понимать это.

IX
СПРАВОЧНЫЙ
РАЗДЕЛ

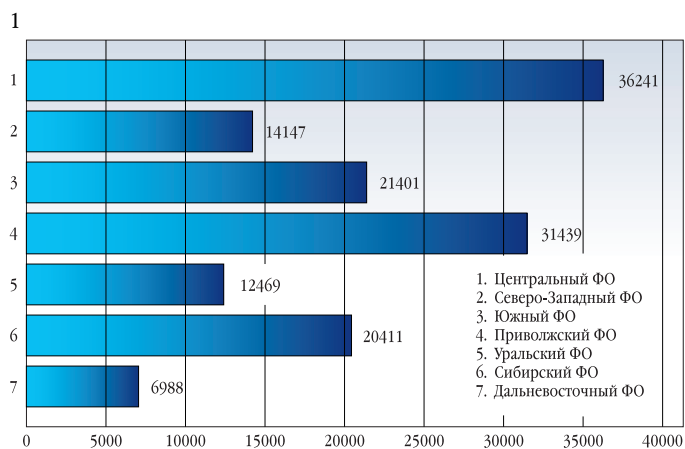
МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ
ПОКАЗАТЕЛИ
609

МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

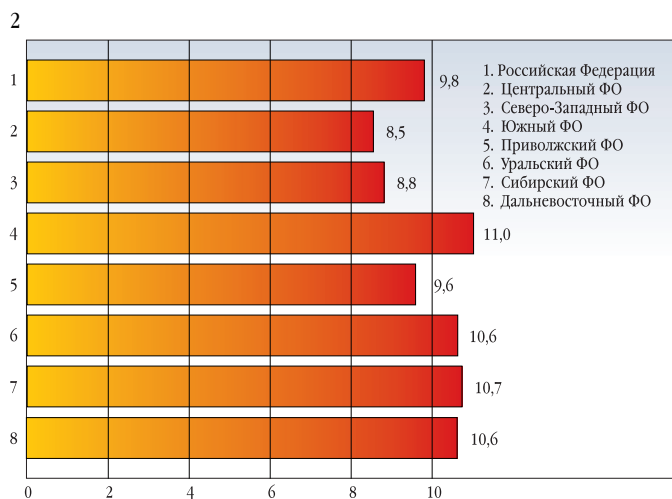
Таблица 1

ЧИСЛЕННОСТЬ ПОСТОЯННОГО НАСЕЛЕНИЯ ПО ФЕДЕРАЛЬНЫМ ОКРУГАМ
(ПО СОСТОЯНИЮ НА 1 ЯНВАРЯ, ТЫС. ЧЕЛ.)

Федеральные округа	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Российская Федерация	147939	147609	147137	146739	146328	145559	144819	143954	143097
Центральный	37697	37576	37448	37310	37173	36952	36738	36482	36241
Северо-Западный	14935	14842	14768	14687	14612	14484	14372	14259	14147
Южный	21579	21660	21623	21625	21616	21574	21523	21471	21401
Приволжский	32278	32266	32208	32157	32111	31995	31840	31642	31439
Уральский	12677	12658	12636	12655	12655	12603	12565	12520	12469
Сибирский	21139	21093	21023	20960	20900	20783	20675	20542	20411
Дальневосточный	7635	7514	7431	7346	7261	7168	7107	7038	6988



ЧИСЛЕННОСТЬ ПОСТОЯННОГО НАСЕЛЕНИЯ ПО ФЕДЕРАЛЬНЫМ ОКРУГАМ
В 2002 ГОДУ (ПО СОСТОЯНИЮ НА 1 ЯНВАРЯ, ТЫС. ЧЕЛ.)



ОБЩИЕ КОЭФФИЦИЕНТЫ РОЖДАЕМОСТИ ПО ФЕДЕРАЛЬНЫМ
ОКРУГАМ В 2002 ГОДУ (ЧИСЛО РОДИВШИХСЯ НА 1000 НАСЕЛЕНИЯ)

Таблица 2

ОБЩИЕ КОЭФФИЦИЕНТЫ РОЖДАЕМОСТИ ПО ФЕДЕРАЛЬНЫМ ОКРУГАМ
(ЧИСЛО РОДИВШИХСЯ НА 1000 НАСЕЛЕНИЯ)

Федеральные округа	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Российская Федерация	9,3	8,9	8,6	8,8	8,3	8,7	9,1	9,8
Центральный	7,9	7,7	7,3	7,5	7,2	7,7	8,0	8,5
Северо-Западный	7,9	7,6	7,5	7,6	7,1	7,6	8,1	8,8
Южный	11,6	10,8	10,4	10,4	9,7	10,1	10,4	11,0
Приволжский	9,4	9,0	8,7	9,0	8,5	8,8	8,9	9,6
Уральский	9,2	9,0	8,8	9,3	8,8	9,1	9,7	10,6
Сибирский	9,9	9,6	9,3	9,5	9,1	9,5	10,0	10,7
Дальневосточный	10,2	9,7	9,3	9,5	9,0	9,3	9,9	10,6

Таблица 3

ОБЩИЕ КОЭФФИЦИЕНТЫ СМЕРТНОСТИ ПО ФЕДЕРАЛЬНЫМ ОКРУГАМ
(ЧИСЛО УМЕРШИХ НА 1000 НАСЕЛЕНИЯ)

Федеральные округа	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Российская Федерация	15,0	14,2	13,8	13,6	14,7	15,4	15,6	16,3
Центральный	17,1	16,1	15,8	15,8	17,0	17,5	18,0	18,5
Северо-Западный	15,8	14,4	13,6	13,7	15,4	16,2	16,7	17,4
Южный	13,7	13,2	13,0	12,9	13,3	13,7	13,8	14,3
Приволжский	14,4	13,7	13,5	13,2	14,4	15,2	15,4	16,1
Уральский	13,8	13,0	12,3	12,2	13,3	14,3	14,2	14,9
Сибирский	14,1	13,7	13,1	12,7	13,9	14,4	14,7	15,5
Дальневосточный	12,6	12,1	11,4	11,1	12,1	12,7	13,2	13,7

Таблица 4

ОБЩИЕ КОЭФФИЦИЕНТЫ РОЖДАЕМОСТИ И СМЕРТНОСТИ СУБЪЕКТОВ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ЧИСЛО РОДИВШИХСЯ И ЧИСЛО УМЕРШИХ НА 1000 НАСЕЛЕНИЯ)

Субъекты Федерации	Рождаемость			Смертность			Естественный прирост, убыль (-)		
	2001	2002	2002 к 2001, в %	2001	2002	2002 к 2001, в %	2001	2002	2002 к 2001, в %
РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ	9,1	9,8	107,7	15,6	16,3	104,5	-6,5	-6,5	100,0
Центральный федеральный округ	8,0	8,5	105,9	18,0	18,5	102,7	-10,0	-10,0	100,1
Белгородская область	8,2	8,7	106,1	16,1	16,3	101,2	-7,9	-7,6	96,2
Брянская область	7,8	8,5	109,0	17,6	18,9	107,4	-9,8	-10,4	106,1
Владимирская область	7,9	8,4	106,3	19,2	20,3	105,7	-11,3	-11,9	105,3
Воронежская область	7,6	7,9	103,9	18,2	18,7	102,7	-10,6	-10,8	101,9
Ивановская область	7,6	8,1	106,6	20,2	21,4	105,9	-12,6	-13,3	105,6
Калужская область	7,9	8,3	105,1	18,1	18,5	102,2	-10,2	-10,2	100,0
Костромская область	8,4	9,0	107,1	19,2	20,3	105,7	-10,8	-11,3	104,6
Курская область	8,1	8,2	101,2	18,2	18,6	102,2	-10,1	-10,4	103,0
Липецкая область	8,0	8,6	107,5	17,0	17,4	102,4	-9,0	-8,8	97,8
Московская область	7,9	8,4	106,3	18,1	18,4	101,7	-10,2	-10,0	98,0
Орловская область	7,9	8,4	106,3	17,7	18,2	102,8	-9,8	-9,8	100,0
Рязанская область	7,3	7,7	105,5	19,7	20,3	103,0	-12,4	-12,6	101,6
Смоленская область	7,3	7,9	108,2	19,9	20,8	104,5	-12,6	-12,9	102,4
Тамбовская область	7,5	7,8	104,0	18,2	19,0	104,4	-10,7	-11,2	104,7
Тверская область	7,6	8,3	109,2	21,9	22,9	104,6	-14,3	-14,6	102,1
Тульская область	7,2	7,4	102,8	21,5	21,8	101,4	-14,3	-14,4	100,7
Ярославская область	8,1	8,5	104,9	19,5	20,3	104,1	-11,4	-11,8	103,5
Москва	8,8	9,4	106,8	15,6	15,7	100,6	-6,8	-6,3	92,6
Северо-Западный федеральный округ	8,1	8,8	108,8	16,7	17,4	104,1	-8,6	-8,6	99,8
Республика Карелия	9,0	9,6	106,7	16,6	17,8	107,2	-7,6	-8,2	107,9
Республика Коми	9,2	10,1	109,8	12,5	13,8	110,4	-3,3	-3,7	112,1
Архангельская область	9,1	9,8	107,7	15,3	16,5	107,8	-6,2	-6,7	108,1
Ненецкий авт. округ	13,0	13,1	100,8	12,2	11,7	95,9	0,8	1,4	175,0
Вологодская область	9,2	9,8	106,5	17,1	18,0	105,3	-7,9	-8,2	103,8
Калининградская область	8,1	9,0	111,1	16,3	17,5	107,4	-8,2	-8,5	103,7
Ленинградская область	7,3	7,8	106,8	20,1	20,6	102,5	-12,8	-12,8	100,0
Мурманская область	8,6	9,2	107,0	11,6	12,4	106,9	-3,0	-3,2	106,7
Новгородская область	8,1	8,8	108,6	20,9	21,9	104,8	-12,8	-13,1	102,3
Псковская область	7,9	8,4	106,3	22,5	23,5	104,4	-14,6	-15,1	103,4
Санкт-Петербург	7,3	8,1	111,0	16,4	16,6	101,2	-9,1	-8,5	93,4



Субъекты Федерации	Рождаемость			Смертность			Естественный прирост, убыль (-)		
	2001	2002	2002 к 2001, в %	2001	2002	2002 к 2001, в %	2001	2002	2002 к 2001, в %
Южный федеральный округ	10,4	11,0	105,5	13,8	14,3	103,5	-3,4	-3,3	97,6
Республика Адыгея	9,4	10,2	108,5	14,7	15,1	102,7	-5,3	-4,9	92,5
Республика Дагестан	17,7	18,8	106,2	7,0	7,2	102,9	10,7	11,6	108,4
Республика Ингушетия	18,9	16,1	85,2	4,0	4,0	100,0	14,9	12,1	81,2
Кабардино-Балкарская Республика	11,3	11,6	102,7	11,1	11,4	102,7	0,2	0,2	100,0
Республика Калмыкия	11,4	12,3	107,9	10,8	12,0	111,1	0,6	0,3	50,0
Карачаево-Черкесская Республика	11,1	11,5	103,6	11,4	12,1	106,1	-0,3	-0,6	200,0
Республика Северная Осетия-Алания	10,8	11,6	107,4	12,1	12,9	106,6	-1,3	-1,3	100,0
Чеченская Республика	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Краснодарский край	9,6	10,1	105,2	15,4	15,9	103,2	-5,8	-5,8	100,0
Ставропольский край	9,3	9,9	106,5	14,0	15,0	107,1	-4,7	-5,1	108,5
Астраханская область	10,4	11,5	110,6	14,5	15,2	104,8	-4,1	-3,7	90,2
Волгоградская область	8,7	9,4	108,0	16,0	16,4	102,5	-7,3	-7,0	95,9
Ростовская область	8,4	9,0	107,1	15,9	16,5	103,8	-7,5	-7,5	100,0
Приволжский федеральный округ	8,9	9,6	107,4	15,4	16,1	104,7	-6,4	-6,5	100,9
Республика Башкортостан	10,4	11,1	106,7	13,4	14,1	105,2	-3,0	-3,0	100,0
Республика Марий Эл	9,1	9,8	107,7	15,2	16,2	106,6	-6,1	-6,4	104,9
Республика Мордовия	7,7	7,9	102,6	15,5	16,5	106,5	-7,8	-8,6	110,3
Республика Татарстан	9,5	10,2	107,4	13,3	13,7	103,0	-3,8	-3,5	92,1
Удмуртская Республика	10,2	11,0	107,8	14,1	15,2	107,8	-3,9	-4,2	107,7
Чувашская Республика	8,9	9,7	109,0	14,1	14,8	105,0	-5,2	-5,1	98,1
Кировская область	8,0	8,8	110,0	16,6	18,5	111,4	-8,6	-9,7	112,8
Нижегородская область	7,8	8,0	102,6	18,5	19,1	103,2	-10,7	-11,1	103,7
Оренбургская область	9,9	10,7	108,1	14,6	15,0	102,7	-4,7	-4,3	91,5
Пензенская область	7,3	7,8	106,8	16,3	17,1	104,9	-9,0	-9,3	103,3
Пермская область	9,9	10,7	108,1	15,9	17,4	109,4	-6,0	-6,7	111,7
Коми-Пермяцкий авт. округ	10,8	11,5	106,5	18,0	20,8	115,6	-7,2	-9,3	129,2
Самарская область	8,1	9,2	113,6	16,3	16,3	100,0	-8,2	-7,1	86,6
Саратовская область	8,2	8,7	106,1	16,3	16,6	101,8	-8,1	-7,9	97,5
Ульяновская область	7,8	8,5	109,0	15,3	16,2	105,9	-7,5	-7,7	102,7
Уральский федеральный округ	9,7	10,6	109,2	14,2	14,9	105,1	-4,5	-4,3	96,4
Курганская область	9,2	10,0	108,7	15,8	16,9	107,0	-6,6	-6,9	104,5
Свердловская область	9,0	9,8	108,9	16,0	17,0	106,3	-7,0	-7,2	102,9
Тюменская область	11,4	12,4	108,8	9,6	9,9	103,1	1,8	2,5	138,9
Ханты-Мансийский авт. округ – Югра	12,2	13,4	109,8	7,1	6,9	97,2	5,1	6,5	127,5
Ямало-Ненецкий авт. округ	12,8	13,2	103,1	6,1	5,8	95,1	6,7	7,4	110,4
Челябинская область	9,3	10,1	108,6	15,5	16,3	105,2	-6,2	-6,2	100,0
Сибирский федеральный округ	10,0	10,7	107,5	14,7	15,5	105,7	-4,7	-4,8	101,7
Республика Алтай	14,7	15,8	107,5	14,0	14,9	106,4	0,7	0,9	128,6
Республика Бурятия	11,4	12,6	110,5	13,5	14,1	104,4	-2,1	-1,5	71,4
Республика Тыва	16,1	18,4	114,3	13,4	14,7	109,7	2,7	3,7	137,0
Республика Хакасия	9,6	10,6	110,4	14,8	16,1	108,8	-5,2	-5,5	105,8
Алтайский край	9,6	10,3	107,3	14,7	15,7	106,8	-5,1	-5,4	105,9
Красноярский край	9,9	10,6	107,1	14,5	15,2	104,8	-4,6	-4,6	100,0
Таймырский авт. округ	13,0	13,9	106,9	10,1	9,1	90,1	2,9	4,8	165,5
Эвенкийский авт. округ	15,2	14,9	98,0	13,0	13,4	103,1	2,2	1,5	68,2
Иркутская область	10,7	11,2	104,7	15,1	15,8	104,6	-4,4	-4,6	104,5
Усть-Ордынский Бурятский авт. округ	13,9	14,1	101,4	13,7	14,1	102,9	0,2	-	-
Кемеровская область	9,4	10,0	106,4	16,8	17,6	104,8	-7,4	-7,6	102,7
Новосибирская область	9,1	9,9	108,8	14,4	15,3	106,3	-5,3	-5,4	101,9
Омская область	8,5	9,6	112,9	13,4	14,4	107,5	-4,9	-4,8	98,0
Томская область	9,6	10,4	108,3	13,3	14,3	107,5	-3,7	-3,9	105,4
Читинская область	11,7	12,3	105,1	14,4	15,2	105,6	-2,7	-2,9	107,4
Агинский Бурятский авт. округ	14,8	15,1	102,0	10,6	11,1	104,7	4,2	4,0	95,2
Дальневосточный федеральный округ	9,9	10,6	107,0	13,2	13,7	103,6	-3,3	-3,1	93,9
Республика Саха (Якутия)	13,6	14,3	105,1	10,0	10,0	100,0	3,6	4,3	119,4
Приморский край	9,2	9,8	106,5	13,9	14,6	105,0	-4,7	-4,8	102,1
Хабаровский край	9,1	9,7	106,6	14,4	15,1	104,9	-5,3	-5,4	101,9
Амурская область	10,1	10,6	105,0	14,1	14,8	105,0	-4,0	-4,2	105,0
Камчатская область	9,2	10,4	113,0	11,4	11,1	97,4	-2,2	-0,7	31,8
Корякский авт. округ	10,6	11,3	106,6	13,8	13,7	99,3	-3,2	-2,4	75,0
Магаданская область	8,6	9,0	104,7	10,4	10,5	101,0	-1,8	-1,5	83,3
Сахалинская область	9,0	9,6	106,7	13,9	14,2	102,2	-4,9	-4,6	93,9
Еврейская авт. область	10,6	11,1	104,7	14,4	15,5	107,6	-3,8	-4,4	115,8
Чукотский автономный округ	10,6	9,8	92,5	10,3	9,2	89,3	0,3	0,6	200,0



Таблица 5

ОБЩИЕ КОЭФФИЦИЕНТЫ ЕСТЕСТВЕННОГО ПРИРОСТА (УБЫЛИ) НАСЕЛЕНИЯ ПО ФЕДЕРАЛЬНЫМ ОКРУГАМ
(НА 1000 НАСЕЛЕНИЯ)

Федеральные округа	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Российская Федерация	-5,7	-5,3	-5,2	-4,8	-6,4	-6,7	-6,5	-6,5
Центральный	-9,2	-8,5	-8,4	-8,3	-9,8	-9,8	-10,0	-10,0
Северо-Западный	-7,9	-6,8	-6,2	-6,1	-8,2	-8,6	-8,6	-8,6
Южный	-2,1	-2,4	-2,6	-2,5	-3,6	-3,6	-3,4	-3,3
Приволжский	-5,1	-4,7	-4,7	-4,3	-5,9	-6,4	-6,4	-6,5
Уральский	-4,6	-4,1	-3,5	-2,9	-4,5	-5,1	-4,5	-4,3
Сибирский	-4,2	-4,1	-3,8	-3,1	-4,8	-4,9	-4,7	-4,8
Дальневосточный	-2,4	-2,4	-2,1	-1,6	-3,1	-3,4	-3,3	-3,1

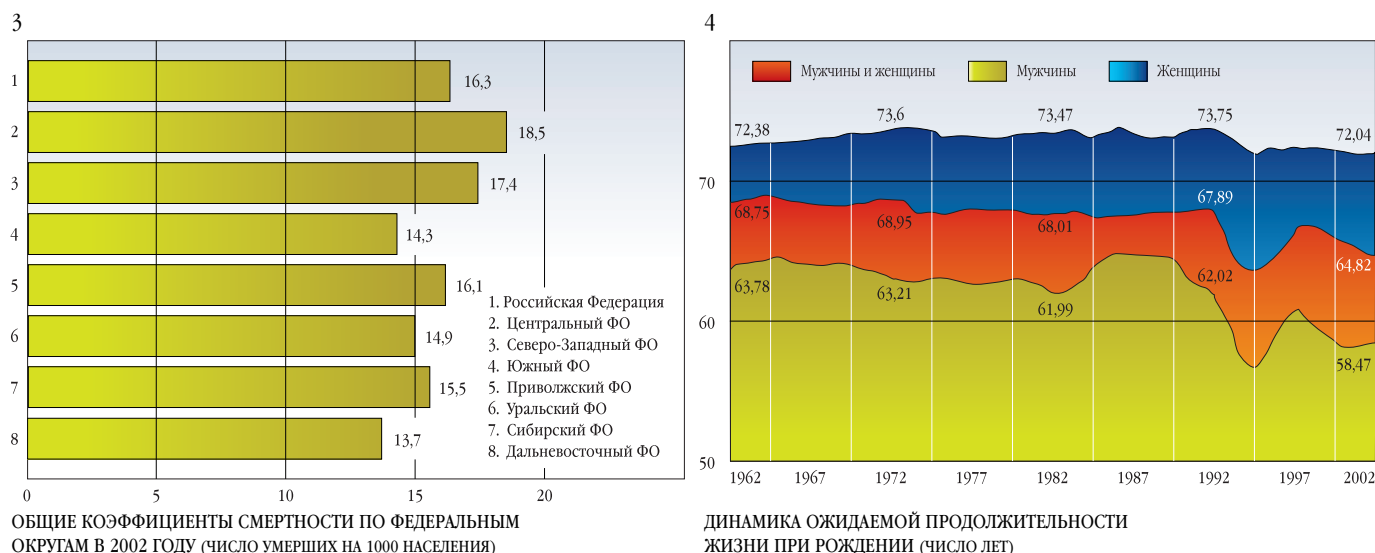


Таблица 6

ОЖИДАЕМАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ ПРИ РОЖДЕНИИ ПО СУБЪЕКТАМ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ (ЧИСЛО ЛЕТ)

Субъекты Федерации	Мужчины и женщины			Мужчины			Женщины		
	2001	2002	2002 к 2001, в %	2001	2002	2002 к 2001, в %	2001	2002	2002 к 2001, в %
РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ	65,29	64,82	99,3	58,96	58,47	99,2	72,34	72,04	99,6
Центральный федеральный округ	65,26	65,05	99,7	58,61	58,35	99,6	72,62	72,56	99,9
Белгородская область	67,38	67,53	100,2	61,35	61,56	100,3	73,84	73,89	100,1
Брянская область	65,05	64,07	98,5	58,27	57,34	98,4	72,87	72,03	98,8
Владимирская область	63,56	62,79	98,8	56,51	55,64	98,5	71,77	71,33	99,4
Воронежская область	66,17	66,07	99,8	59,63	59,36	99,5	73,45	73,72	100,4
Ивановская область	63,18	62,12	98,3	56,26	55,13	98,0	71,23	70,52	99,0
Калужская область	64,27	64,26	100,0	57,80	57,85	100,1	71,66	71,66	100,0
Костромская область	63,65	62,88	98,8	56,82	56,65	99,7	71,88	70,38	97,9
Курская область	65,87	65,34	99,2	59,30	58,74	99,1	73,32	72,91	99,4
Липецкая область	66,53	66,34	99,7	60,01	59,51	99,2	73,79	74,15	100,5
Московская область	64,77	64,89	100,2	57,88	58,10	100,4	72,48	72,48	100,0
Орловская область	65,37	65,50	100,2	58,41	59,03	101,1	73,42	72,75	99,1
Рязанская область	64,71	64,21	99,2	57,48	57,22	99,5	73,27	72,43	98,9
Смоленская область	62,70	61,96	98,8	56,13	55,17	98,3	70,53	70,32	99,7
Тамбовская область	65,93	65,34	99,1	58,96	58,39	99,0	73,95	73,47	99,4
Тверская область	61,94	61,52	99,3	55,13	54,77	99,3	70,17	69,80	99,5
Тульская область	63,00	62,94	99,9	56,01	55,96	99,9	71,24	71,18	99,9
Ярославская область	64,22	63,34	98,6	57,34	56,65	98,8	72,20	71,19	98,6
Москва	67,40	67,43	100,0	61,45	61,48	100,0	73,27	73,31	100,1
Северо-Западный федеральный округ	64,42	64,14	99,6	58,22	57,88	99,4	71,43	71,32	99,8
Республика Карелия	62,96	62,20	98,8	56,60	55,94	98,8	70,54	69,73	98,9
Республика Коми	64,79	63,39	97,8	59,37	58,16	98,0	71,15	69,86	98,2
Архангельская область	63,87	63,26	99,0	57,67	57,18	99,2	71,54	70,86	99,0



Субъекты Федерации	Мужчины и женщины			Мужчины			Женщины		
	2001	2002	2002 к 2001, в %	2001	2002	2002 к 2001, в %	2001	2002	2002 к 2001, в %
Ненецкий авт. округ	61,87	64,37	104,0	55,76	58,75	105,4	70,88	71,26	100,5
Вологодская область	64,37	63,77	99,1	57,89	57,27	98,9	72,15	71,75	99,4
Калининградская область	63,00	62,29	98,9	57,20	56,20	98,3	69,82	69,67	99,8
Ленинградская область	61,99	61,82	99,7	55,23	55,09	99,7	70,21	70,03	99,7
Мурманская область	65,87	65,58	99,6	60,38	60,18	99,7	71,90	71,85	99,9
Новгородская область	62,32	61,86	99,3	56,00	54,95	98,1	69,80	70,44	100,9
Псковская область	61,58	61,09	99,2	55,50	55,03	99,2	68,86	68,57	99,6
г. Санкт-Петербург	66,19	66,41	100,3	60,21	60,55	100,6	72,26	72,27	100,0
Южный федеральный округ	67,24	67,04	99,7	61,34	61,13	99,7	73,53	73,41	99,8
Республика Адыгея	68,77	68,76	100,0	62,85	62,60	99,6	74,91	75,24	100,4
Республика Дагестан	71,56	71,43	99,8	67,22	66,65	99,2	75,68	76,11	100,6
Республика Ингушетия	74,60	74,82	100,3	70,05	70,56	100,7	79,08	79,23	100,2
Кабардино-Балкарская Республика	67,96	68,31	100,5	61,83	62,64	101,3	74,39	74,01	99,5
Республика Калмыкия	66,32	65,79	99,2	60,94	60,01	98,5	72,58	72,30	99,6
Карачаево-Черкесская Республика	69,38	69,21	99,8	63,35	63,06	99,5	75,66	75,68	100,0
Республика Северная Осетия–Алания	69,43	69,11	99,5	63,12	62,57	99,1	75,87	75,99	100,2
Чеченская Республика	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Краснодарский край	67,00	66,80	99,7	60,95	60,76	99,7	73,50	73,37	99,8
Ставропольский край	67,75	67,00	98,9	62,03	61,15	98,6	73,73	73,26	99,4
Астраханская область	65,18	65,16	100,0	58,72	58,90	100,3	72,65	72,45	99,7
Волгоградская область	65,88	66,19	100,5	59,77	59,99	100,4	72,67	73,12	100,6
Ростовская область	66,23	66,23	100,0	60,30	60,27	100,0	72,62	72,70	100,1
Приволжский федеральный округ	65,75	65,32	99,3	59,34	58,91	99,3	72,87	72,57	99,6
Республика Башкортостан	66,68	66,08	99,1	60,51	59,83	98,9	73,36	72,99	99,5
Республика Марий Эл	64,58	64,01	99,1	58,00	57,60	99,3	72,03	71,40	99,1
Республика Мордовия	67,38	66,72	99,0	60,83	60,14	98,9	74,40	74,00	99,5
Республика Татарстан	67,63	67,55	99,9	61,03	60,95	99,9	74,71	74,73	100,0
Удмуртская Республика	65,26	64,34	98,6	58,81	58,00	98,6	72,39	71,50	98,8
Чувашская Республика	66,36	66,05	99,5	60,11	59,77	99,4	73,04	72,86	99,8
Кировская область	65,88	64,38	97,7	59,82	58,35	97,5	72,92	71,60	98,2
Нижегородская область	64,92	64,45	99,3	58,22	57,64	99,0	72,45	72,18	99,6
Оренбургская область	65,21	65,10	99,8	58,84	58,83	100,0	72,40	72,18	99,7
Пензенская область	66,54	66,01	99,2	59,84	59,62	99,6	73,93	73,09	98,9
Пермская область	63,85	62,97	98,6	57,72	56,84	98,5	70,98	70,23	98,9
Коми-Пермяцкий авт. округ	61,15	57,03	93,3	53,54	51,27	95,8	70,89	64,08	90,4
Самарская область	64,73	65,50	101,2	58,03	59,07	101,8	72,26	72,58	100,4
Саратовская область	65,42	65,80	100,6	59,23	59,68	100,8	72,36	72,62	100,4
Ульяновская область	65,99	65,29	98,9	59,80	59,02	98,7	72,90	72,39	99,3
Уральский федеральный округ	65,28	64,94	99,5	59,03	58,77	99,6	72,28	71,97	99,6
Курганская область	64,95	64,47	99,3	58,47	58,01	99,2	72,36	72,00	99,5
Свердловская область	64,72	64,10	99,0	58,32	57,65	98,9	71,89	71,50	99,5
Тюменская область	66,73	66,87	100,2	60,78	61,34	100,9	73,51	73,20	99,6
Ханты-Мансийский авт. округ – Югра	68,15	69,17	101,5	62,60	64,29	102,7	74,26	74,56	100,4
Ямало-Ненецкий авт. округ	69,74	70,30	100,8	69,95	66,78	95,5	74,46	74,76	100,4
Челябинская область	65,08	64,75	99,5	58,78	58,46	99,5	72,03	71,80	99,7
Сибирский федеральный округ	64,00	63,43	99,1	57,82	57,29	99,1	71,01	70,48	99,3
Республика Алтай	62,37	61,32	98,3	56,25	54,51	96,9	69,27	69,27	100,0
Республика Бурятия	62,47	62,13	99,5	56,53	56,10	99,2	69,26	69,11	99,8
Республика Тыва	56,48	55,04	97,5	51,06	49,38	96,7	62,78	61,88	98,6
Республика Хакасия	63,57	62,41	98,2	57,66	56,27	97,6	70,40	69,69	99,0
Алтайский край	66,30	65,66	99,0	60,26	59,56	98,8	72,92	72,44	99,3
Красноярский край	63,34	63,37	100,0	57,06	57,24	100,3	70,62	70,42	99,7
Таймырский авт. округ	63,51	66,20	104,2	58,37	62,53	107,1	69,57	71,57	102,9
Эвенкийский авт. округ	59,26	59,00	99,6	51,45	51,21	99,5	70,24	68,81	98,0
Иркутская область	61,82	61,51	99,5	55,20	54,98	99,6	69,64	69,26	99,5
Усть-Ордынский Бурятский авт. округ	61,93	61,94	100,0	56,12	55,55	99,0	68,96	69,80	101,2
Кемеровская область	62,77	62,41	99,4	56,57	56,33	99,6	69,98	69,44	99,2
Новосибирская область	66,26	65,80	99,3	60,21	59,79	99,3	72,70	72,31	99,5
Омская область	66,65	66,09	99,2	60,45	60,14	99,5	73,34	72,49	98,8
Томская область	65,49	64,83	99,0	59,81	58,80	98,3	71,97	71,81	99,8
Читинская область	61,48	61,01	99,2	55,32	54,86	99,2	69,00	68,63	99,5
Агинский Бурятский авт. округ	63,91	64,68	101,2	57,76	58,69	101,6	71,00	71,66	100,9
Дальневосточный федеральный округ	63,49	63,49	100,0	57,83	57,86	100,1	70,24	70,20	99,9
Республика Саха (Якутия)	64,37	64,81	100,7	58,44	58,90	100,8	71,35	71,73	100,5
Приморский край	64,37	64,07	99,5	58,80	58,57	99,6	70,87	70,51	99,5
Хабаровский край	63,02	62,60	99,3	57,10	56,66	99,2	70,09	69,82	99,6



Субъекты Федерации	Мужчины и женщины			Мужчины			Женщины		
	2001	2002	2002 к 2001, в %	2001	2002	2002 к 2001, в %	2001	2002	2002 к 2001, в %
Амурская область	62,43	62,20	99,6	56,76	56,70	99,9	69,38	68,99	99,4
Камчатская область	63,79	64,61	101,3	58,99	59,16	100,3	69,37	71,23	102,7
Корякский авт. округ	59,32	59,64	100,5	54,37	53,52	98,4	65,51	67,08	102,4
Магаданская область	65,06	65,75	101,1	59,73	60,97	102,1	71,38	71,50	100,2
Сахалинская область	62,73	62,84	100,2	57,14	57,30	100,3	69,39	69,49	100,1
Еврейская авт. область	62,27	61,60	98,9	56,03	55,11	98,4	69,69	69,26	99,4
Чукотский автономный округ	62,54	65,43	104,6	56,87	60,55	106,5	69,30	71,68	103,4

Таблица 7

МЛАДЕНЧЕСКАЯ СМЕРТНОСТЬ ПО ФЕДЕРАЛЬНЫМ ОКРУГАМ
(УМЕРШИЕ В ВОЗРАСТЕ ДО 1 ГОДА НА 1000 РОДИВШИХСЯ ЖИВЫМИ)

Федеральные округа	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Российская Федерация	18,1	17,4	17,2	16,5	16,9	15,3	14,7	13,3
Центральный	16,5	15,4	16,1	15,0	15,4	13,7	13,6	12,4
Северо-Западный	16,5	14,8	13,9	14,0	14,0	12,8	12,8	11,0
Южный	19,0	18,8	18,5	18,7	18,7	16,9	15,7	14,3
Приволжский	18,1	17,0	16,7	15,9	15,8	14,4	13,6	12,6
Уральский	18,8	17,8	16,3	15,0	15,6	15,4	13,5	12,4
Сибирский	19,2	19,4	19,2	18,1	20,2	17,6	17,1	15,6
Дальневосточный	20,5	20,2	20,0	20,1	20,1	18,6	18,1	15,5

Таблица 8

СМЕРТНОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ ПО ОСНОВНЫМ КЛАССАМ БОЛЕЗНЕЙ

Причины смерти	Умершие, человек			На 100 000 населения		
	2001	2002	уд. вес умерших в 2002, в %	2001	2002	2002 к 2001, в %
Всего умерших от всех причин	2254856	2332272	100	1568,4	1632,1	104,1
<i>в том числе от:</i>						
некоторых инфекционных и паразитарных болезней новообразований	35273	36931	1,6	24,5	25,8	105,3
болезней крови, кроветворных органов и отдельных нарушений, вовлекающих иммунный механизм	294063	292953	12,6	204,5	205,0	100,2
болезней эндокринной системы, расстройств питания и нарушений обмена веществ	1367	1355	0,1	1,0	0,9	90,0
психических расстройств и расстройств поведения	12539	12409	0,5	8,7	8,7	100,0
болезней нервной системы	8865	8759	0,4	6,2	6,1	98,4
болезней глаза и его придаточного аппарата	13540	14804	0,6	9,4	10,4	110,6
болезней уха и сосцевидного отростка	17	6	0,0	0,0	0,0	-
болезней системы кровообращения	167	217	0,0	0,1	0,2	200,0
болезней органов дыхания	1253102	1308071	56,1	871,6	915,4	105,0
болезней органов пищеварения	94922	101003	4,3	66,0	70,7	107,1
болезней кожи и подкожной клетчатки	69412	75514	3,2	48,3	52,8	109,3
болезней костно-мышечной и соединительной ткани	1742	1757	0,1	1,2	1,2	100,0
болезней мочеполовой системы	2325	2210	0,1	1,6	1,5	93,8
болезней мочеполовой системы	13899	13485	0,6	9,7	9,4	96,9
осложнений беременности, родов, послеродового периода ¹	479	469	0,0	36,5	33,6	92,1
отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде ²	8660	8512	0,4	655,9	605,4	92,3
врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения	7256	6921	0,3	5,0	4,8	96,0
симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные						
в других рубриках	105594	107600	4,6	73,4	75,3	102,6
внешних причин	331634	339296	14,5	230,7	237,4	102,9

¹ На 100 000 родившихся живыми.² На 100 000 родившихся живыми и мертвыми.

Таблица 9

ПОКАЗАТЕЛИ СМЕРТНОСТИ МУЖЧИН И ЖЕНЩИН ПО ОСНОВНЫМ КЛАССАМ БОЛЕЗНЕЙ
(ЧИСЛО УМЕРШИХ НА 100 000 НАСЕЛЕНИЯ СООТВЕТСТВУЮЩЕГО ПОЛА)

Причины смерти	Мужчины			Женщины		
	2001	2002	2002 к 2001, в %	2001	2002	2002 к 2001, в %
Всего умерших от всех причин	1790,4	1872,1	104,6	1373,2	1421,7	103,5
<i>в том числе от:</i>						
некоторых инфекционных и паразитарных болезней новообразований	43,0	44,9	104,4	8,3	9,1	109,6
болезней крови, кроветворных органов и отдельных нарушений, вовлекающих иммунный механизм	240,0	241,0	100,4	173,4	173,4	100,0
болезней эндокринной системы, расстройств питания и нарушений обмена веществ	0,9	1,0	111,1	1,0	0,9	90,0
психических расстройств и расстройств поведения	6,0	6,1	101,7	11,1	11,0	99,1
болезней нервной системы	8,8	9,1	103,4	3,8	3,6	94,7
болезней глаза и его придаточного аппарата	12,6	13,9	110,3	6,6	7,2	109,1
болезней уха и сосцевидного отростка	0,0	0,0	-	0,0	0,0	-
болезней системы кровообращения	0,1	0,2	200,0	0,1	0,1	100,0
болезней органов дыхания	834,6	888,2	106,4	904,1	939,1	103,9
болезней органов пищеварения	101,9	108,7	106,7	34,5	37,4	108,4
болезней кожи и подкожной клетчатки	60,5	66,0	109,1	37,6	41,3	109,8
болезней костно-мышечной и соединительной ткани	1,3	1,3	100,0	1,2	1,2	100,0
болезней мочеполовой системы	1,1	1,2	109,1	2,0	1,9	95,0
осложнений беременности, родов, послеродового периода ¹	10,8	10,4	96,3	8,6	8,6	100,0
отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде ²	-	-	-	36,5	33,6	92,1
врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения	778,1	701,4	90,1	525,9	503,4	95,7
симптомы, признаки, отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках	6,0	5,7	95,0	4,2	4,1	97,6
внешних причин	69,6	71,4	102,6	76,8	78,8	102,6
	385,3	395,5	102,6	94,8	98,8	104,2

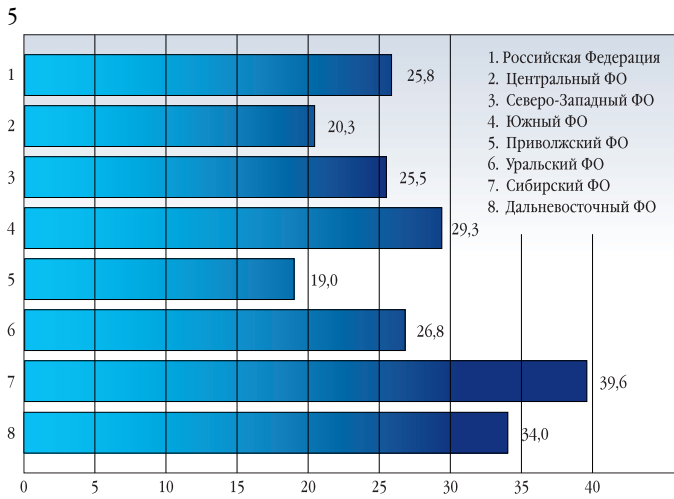
¹ На 100 000 родившихся живыми.² На 100 000 родившихся живыми и мертвыми.

Таблица 10

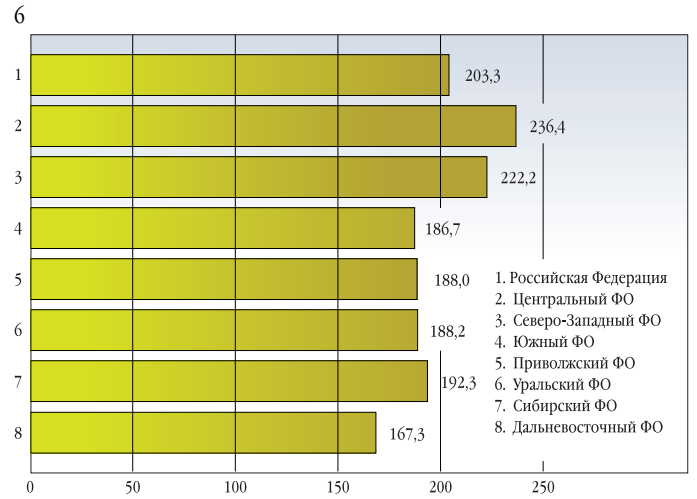
СМЕРТНОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА ПО ОСНОВНЫМ КЛАССАМ БОЛЕЗНЕЙ
(ЧИСЛО УМЕРШИХ НА 100 000 НАСЕЛЕНИЯ СООТВЕТСТВУЮЩЕГО ПОЛА)

Причины смерти	Умершие, человек			На 100 000 населения соответствующего возраста		
	2001	2002	уд. вес умерших в 2002, в %	2001	2002	2002 к 2001, в %
Всего умерших от всех причин	649487	679202	100	747,8	778,6	104,1
<i>в том числе от:</i>						
некоторых инфекционных и паразитарных болезней новообразований	26728	28205	4,2	30,8	32,3	104,9
болезней крови, кроветворных органов и отдельных нарушений, вовлекающих иммунный механизм	74980	74443	11,0	86,3	85,3	98,8
болезней эндокринной системы, расстройств питания и нарушений обмена веществ	472	491	0,1	0,5	0,6	120,0
психических расстройств и расстройств поведения	3474	3360	0,5	4,0	3,9	97,5
болезней нервной системы	5344	5348	0,8	6,2	6,1	98,4
болезней глаза и его придаточного аппарата	8088	8748	1,3	9,3	10,0	107,5
болезней уха и сосцевидного отростка	6	1	0,0	0,0	0,0	-
болезней системы кровообращения	77	107	0,0	0,1	0,1	100,0
болезней органов дыхания	185203	201088	29,6	213,2	230,5	108,1
болезней органов пищеварения	31096	34590	5,1	35,8	39,7	110,9
болезней кожи и подкожной клетчатки	30961	35278	5,2	35,6	40,4	113,5
болезней костно-мышечной и соединительной ткани	840	798	0,1	1,0	0,9	90,0
болезней мочеполовой системы	1066	1002	0,1	1,2	1,1	91,7
врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения	4920	4804	0,7	5,7	5,5	96,5
симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках	1150	1143	0,2	1,3	1,3	100,0
внешних причин	29321	29362	4,3	33,8	33,7	99,7
	245283	249966	36,8	282,4	286,5	101,5

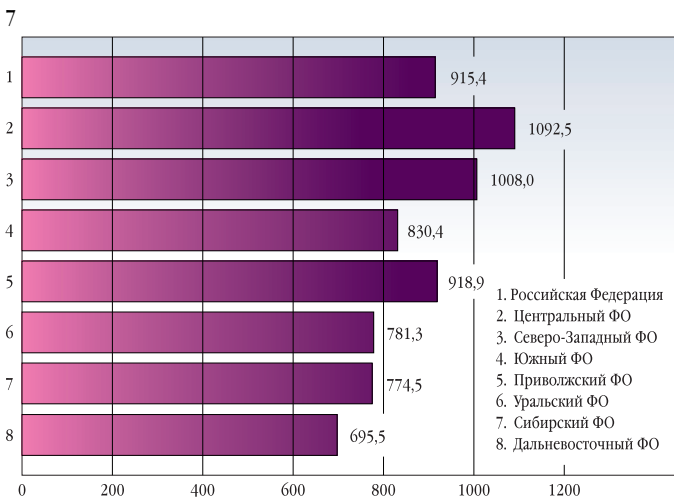




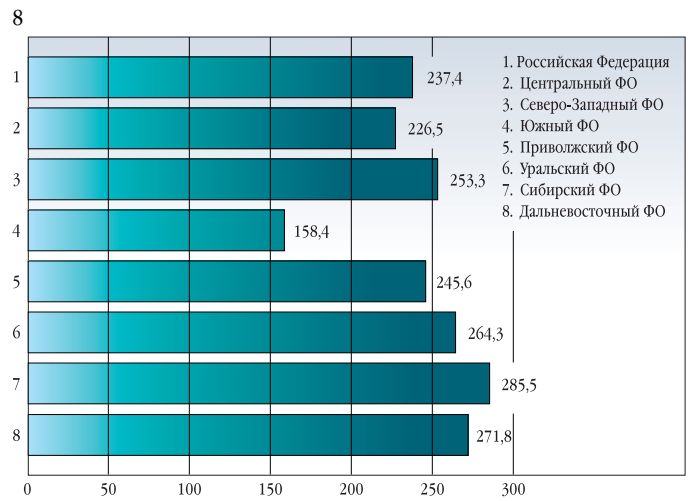
СМЕРТНОСТЬ ОТ НЕКОТОРЫХ ИНФЕКЦИОННЫХ И ПАРАЗИТАРНЫХ БОЛЕЗНЕЙ ПО ФЕДЕРАЛЬНЫМ ОКРУГАМ В 2002 ГОДУ (ЧИСЛО УМЕРШИХ НА 100 000 НАСЕЛЕНИЯ)



СМЕРТНОСТЬ ОТ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ПО ФЕДЕРАЛЬНЫМ ОКРУГАМ В 2002 ГОДУ (ЧИСЛО УМЕРШИХ НА 100 000 НАСЕЛЕНИЯ)



СМЕРТНОСТЬ ОТ БОЛЕЗНЕЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ ПО ФЕДЕРАЛЬНЫМ ОКРУГАМ В 2002 ГОДУ (ЧИСЛО УМЕРШИХ НА 100 000 НАСЕЛЕНИЯ)



СМЕРТНОСТЬ ОТ ВНЕШНИХ ПРИЧИН ПО ФЕДЕРАЛЬНЫМ ОКРУГАМ В 2002 ГОДУ (ЧИСЛО УМЕРШИХ НА 100 000 НАСЕЛЕНИЯ)



ЗДРАВООХРАНЕНИЕ РОССИИ



Х

ПРЕДМЕТНО-
ТЕМАТИЧЕСКИЙ
УКАЗАТЕЛЬ

СОДЕРЖАНИЕ

619

ПУТЕВОДИТЕЛЬ ПО КОМПАНИЯМ

626

СОДЕРЖАНИЕ

Настоящее, будущее российского здравоохранения МИНИСТР ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ Ю.Л. Шевченко	9
I. ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ	
Стандартизация в здравоохранении как основа повышения качества медицинской помощи населению ПЕРВЫЙ ЗАМЕСТИТЕЛЬ МИНИСТРА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ, ДОКТОР МЕДИЦИНСКИХ НАУК, ПРОФЕССОР, ЧЛЕН-КОРРЕСПОНДЕНТ РАМН А.И. Вялков	17
Основные задачи государственной санитарно- эпидемиологической службы Российской Федерации ПЕРВЫЙ ЗАМЕСТИТЕЛЬ МИНИСТРА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, ГЛАВНЫЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ САНИТАРНЫЙ ВРАЧ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ Г.Г. Онищенко	33
Комитет по охране здоровья и спорту: четыре года работы ПРЕДСЕДАТЕЛЬ КОМИТЕТА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ДУМЫ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПО ОХРАНЕ ЗДОРОВЬЯ И СПОРТУ ТРЕТЬЕГО СОЗЫВА, АКАДЕМИК РАМН Н.Ф. Герасименко	45
Лекарственное обеспечение: достижения и проблемы ЗАМЕСТИТЕЛЬ МИНИСТРА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ А.В. Катлинский	61
Развитие амбулаторно-поликлинической помощи населению Российской Федерации ЗАМЕСТИТЕЛЬ МИНИСТРА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ Р.А. Хальфин	81
Перинатальная заболеваемость и смертность: проблемы и пути решения ЗАМЕСТИТЕЛЬ МИНИСТРА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ О.В. Шарапова НАЧАЛЬНИК УПРАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ ПРОБЛЕМ МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА МИНЗДРАВА РОССИИ А.А. Корсунский	87
Кадровое обеспечение системы здравоохранения ЗАМЕСТИТЕЛЬ МИНИСТРА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ С.Б. Шевченко	93

Фундаментальная медицинская**наука на современном этапе**

ПРЕЗИДЕНТ РОССИЙСКОЙ АКАДЕМИИ МЕДИЦИНСКИХ НАУК,

АКАДЕМИК РАМН, ПРОФЕССОР

В.И. Покровский

97

**О координационной роли системы медицинских
информационно-аналитических центров****в развитии телемедицины**

ДИРЕКТОР МЕДИЦИНСКОГО ИНФОРМАЦИОННО-АНАЛИТИЧЕСКОГО

ЦЕНТРА РАМН, ЗАВ. КАФЕДРОЙ МОНИКИ, Д.М.Н.

П.П. Кузнецов

107

**Федеральное управление медико-биологических
и экстремальных проблем при Министерстве
здравоохранения Российской Федерации**

РУКОВОДИТЕЛЬ ФЕДЕРАЛЬНОГО УПРАВЛЕНИЯ

МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИХ И ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ ПРОБЛЕМ

ПРИ МИНИСТЕРСТВЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

В.В. Уйба

113

**Система обязательного медицинского страхования
в России. История, реальность и перспективы**

ДИРЕКТОР ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО

МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

А.М. Таранов

129

Медико-социологический мониторинг

ИСПОЛНИТЕЛЬНЫЙ ДИРЕКТОР МОСКОВСКОГО ГОРОДСКОГО ФОНДА ОМС,

ЧЛЕН-КОРРЕСПОНДЕНТ РАМН, Д.М.Н., Д.С.Н., ПРОФЕССОР,

ЗАВ. КАФЕДРОЙ ММА ИМЕНИ И.М. СЕЧЕНОВА

А.В. Решетников

133

**Медицина труда – интегрированная область
профилактической медицины**

ДИРЕКТОР НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОГО ИНСТИТУТА

МЕДИЦИНЫ ТРУДА РАМН, АКАДЕМИК РАМН, ПРОФЕССОР,

ДОКТОР МЕДИЦИНСКИХ НАУК

Н.Ф. Измеров

147

**II. СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ
ПОМОЩЬ НАСЕЛЕНИЮ****Состояние и перспективы развития ортопедо-
травматологической службы России**

ДИРЕКТОР ГУН ЦЕНТРАЛЬНОГО НАУЧНО-

ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОГО ИНСТИТУТА

ТРАВМАТОЛОГИИ И ОРТОПЕДИИ ИМ. Н.Н. ПРИОРОВА

МИНЗДРАВА РОССИИ, ГЛАВНЫЙ ТРАВМАТОЛОГ-ОРТОПЕД

МИНЗДРАВА РОССИИ, АКАДЕМИК РАН И РАМН

С.П. Миронов

165

Туберкулез в России в начале XXI века

ДИРЕКТОР НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОГО

ИНСТИТУТА ФТИЗИОПУЛЬМОНОЛОГИИ ММА ИМ. И.М. СЕЧЕНОВА

М.И. Перельман

173

Туберкулез в России

ЗАВЕДУЮЩАЯ ОТДЕЛОМ ЭПИДЕМИОЛОГИИ И ОРГАНИЗАЦИИ

ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ПОМОЩИ НИИ ФТИЗИОПУЛЬМОНОЛОГИИ

ММА ИМ. И.М. СЕЧЕНОВА, Д.М.Н., ПРОФЕССОР

М.В. Шилова

179



Офтальмологическая служба России	
ДИРЕКТОР МОСКОВСКОГО НИИ ГЛАЗНЫХ БОЛЕЗНЕЙ ИМ. ГЕЛЬМГОЛЬЦА, ГЛАВНЫЙ ОФТАЛЬМОЛОГ МИНЗДРАВА РОССИИ А.М. Южаков	188
Разработка, внедрение и применение новых стоматологических материалов и технологий в отечественном здравоохранении	
ПРОРЕКТОР МГМСУ, ЗАВЕДУЮЩИЙ КАФЕДРОЙ ГОСПИТАЛЬНОЙ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ, Д.М.Н., ПРОФЕССОР, АКАДЕМИК РАЕН И.Ю. Лебеденко	193
Современные проблемы наркологии и пути их решения	
ДИРЕКТОР НИЦ НАРКОЛОГИИ МЗ РФ, ЧЛЕН-КОРР. РАМН, ГЛАВНЫЙ НАРКОЛОГ МЗ РФ Н.Н. Иванец УЧЕНЫЙ СЕКРЕТАРЬ НИЦ НАРКОЛОГИИ МЗ РФ, К.М.Н. Е.В. Борисова	199
Дерматовенерологическая служба России	206
ДИРЕКТОР ГУ ЦЕНТРАЛЬНЫЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ КОЖНО-ВЕНЕРОЛОГИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ МЗ РФ, ГЛАВНЫЙ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГ МЗ РФ, ЧЛЕН-КОРРЕСПОНДЕНТ РАМН, ПРОФЕССОР А.А. Кубанова	
Онкологическая служба России	
ДИРЕКТОР МОСКОВСКОГО НАУЧНО- ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ИНСТИТУТА ИМ. П.А. ГЕРЦЕНА, АКАДЕМИК РАМН, Д.М.Н., ПРОФЕССОР В.И. Чиссов Д.М.Н., ПРОФЕССОР В.В. Старинский	217
Здоровое питание	
АКАДЕМИК РАМН, ДИРЕКТОР ГУ НИИ ПИТАНИЯ РАМН В.А. Тутельян	222

III. РЕГИОНАЛЬНОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

О внедрении современных медицинских технологий в субъектах Российской Федерации на территории Центрального федерального округа	
ПРЕДСТАВИТЕЛЬ МИНЗДРАВА РОССИИ В ЦФО, МИНИСТР ЗДРАВООХРАНЕНИЯ МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ В.Ю. Семенов СТАТЬЯ ПОДГОТОВЛЕНА ПРИ УЧАСТИИ РУКОВОДИТЕЛЯ ОТДЕЛА ПО КООРДИНАЦИИ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ А.Н. Гурова	233
Здоровье населения и здравоохранение города Москвы	
РУКОВОДИТЕЛЬ ДЕПАРТАМЕНТА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ А.П. Сельцовский	251



Северо-Западный федеральный округ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ МИНЗДРАВА РФ В СЕВЕРО-ЗАПАДНОМ ФЕДЕРАЛЬНОМ ОКРУГЕ А.В. Шабров	265
Здравоохранение Республики Коми. Проблемы, перспективы реформирования и развития МИНИСТР ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КОМИ Э.В. Нечаева	271
Тенденции в состоянии здоровья и организации медицинской помощи населению Уральского федерального округа ПРЕДСТАВИТЕЛЬ МИНЗДРАВА РОССИИ В УРАЛЬСКОМ ФЕДЕРАЛЬНОМ ОКРУГЕ А.П. Ястребов	283
Кадровая политика в здравоохранении Уральского федерального округа НАЧАЛЬНИК ОТДЕЛА ПО КООРДИНАЦИИ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ПО ВОПРОСАМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В УРАЛЬСКОМ ФЕДЕРАЛЬНОМ ОКРУГЕ, Д.М.Н., ПРОФЕССОР Д.Н. Голубев ПРОРЕКТОР ПО ПОСЛЕДИПЛОМНОЙ ПОДГОТОВКЕ УГМА, Д.М.Н., ПРОФЕССОР Ю.П. Чугаев	293
Здравоохранение и здоровье населения Ямало-Ненецкого автономного округа НАЧАЛЬНИК ДЕПАРТАМЕНТА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ЯНАО А.Ц. Лясковик	298
Здравоохранение Ханты-Мансийского автономного округа ДИРЕКТОР ДЕПАРТАМЕНТА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ХАНТЫ-МАНСИЙСКОГО АВТОНОМНОГО ОКРУГА В.Д. Вильгельм	315
Реализация федеральных и региональных целевых программ в Сибирском федеральном округе ПРЕДСТАВИТЕЛЬ МИНЗДРАВА РОССИИ В СИБИРСКОМ ФЕДЕРАЛЬНОМ ОКРУГЕ, ВИЦЕ-ПРЕЗИДЕНТ РАМН, ПРЕДСЕДАТЕЛЬ СО РАМН, АКАДЕМИК РАМН В.А. Труфакин	335
Здравоохранение Кузбасса сегодня НАЧАЛЬНИК ДЕПАРТАМЕНТА ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ Т.И. Швец	355
Здравоохранение Иркутской области НАЧАЛЬНИК ГЛАВНОГО УПРАВЛЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ АДМИНИСТРАЦИИ ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ, К.М.Н. М.Е. Кощев	361
Состояние здоровья населения и здравоохранения Республики Бурятия МИНИСТР ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БУРЯТИЯ В.В. Кожевников	375



Здравоохранение Красноярского края НАЧАЛЬНИК УПРАВЛЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ АДМИНИСТРАЦИИ КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ К.А. Виноградов	381
Проблемы здравоохранения Приволжского федерального округа и пути их решения ПРЕДСТАВИТЕЛЬ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ В ПРИВОЛЖСКОМ ФЕДЕРАЛЬНОМ ОКРУГЕ В.В. Шкарин	387
Здравоохранение Южного федерального округа реформируется и совершенствуется ПРЕДСТАВИТЕЛЬ МИНЗДРАВА РФ В ЮЖНОМ ФЕДЕРАЛЬНОМ ОКРУГЕ В.Н. Чернышов	403
Здоровье населения и здравоохранение Краснодарского края ГЕНЕРАЛЬНЫЙ ДИРЕКТОР ДЕПАРТАМЕНТА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КРАСНОДАРСКОГО КРАЯ Э.А. Асланян	413
Состояние здравоохранения Дальневосточного федерального округа и организация межведомственного взаимодействия на федеральном и региональном уровне ПРЕДСТАВИТЕЛЬ МИНЗДРАВА РФ В ДАЛЬНЕВОСТОЧНОМ ФЕДЕРАЛЬНОМ ОКРУГЕ Б.М. Когут	425
IV. МЕЖДУНАРОДНОЕ СОТРУДНИЧЕСТВО	
Российское здравоохранение и международное сотрудничество НАЧАЛЬНИК УПРАВЛЕНИЯ МЕЖДУНАРОДНОГО СОТРУДНИЧЕСТВА МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ С.М. Фургал	449
Международные партнеры по оказанию помощи Российской Федерации в сфере здравоохранения СПЕЦИАЛЬНЫЙ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ ГЕНЕРАЛЬНОГО ДИРЕКТОРА ВОЗ В РОССИИ Доктор М. Виенонен	461
Российский фармрынок становится более цивилизованным и предсказуемым ИСПОЛНИТЕЛЬНЫЙ ДИРЕКТОР АИРМ Р. Розен	473
V. ЗДРАВООХРАНЕНИЕ КАЗАХСТАНА:	
АНАЛИЗ, ПРОБЛЕМЫ, ПЕРСПЕКТИВЫ	
Здравоохранение Казахстана: анализ, проблемы, перспективы МИНИСТР ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН, ДОКТОР МЕДИЦИНСКИХ НАУК, ПРОФЕССОР Ж.А. Доскалиев	481



Состояние и перспективы санитарно-эпидемиологического благополучия в Республике Казахстан первый вице-министр здравоохранения, главный государственный санитарный врач Республики Казахстан А.А. Белоног	499
Состояние системы здравоохранения столицы Казахстана директор департамента здравоохранения города Астаны М.З. Шайдаров	513
О системе здравоохранения Алматы начальник департамента здравоохранения города Алматы В.Н. Девятко	519
Состояние и перспективы развития медицинской науки и медицинского образования в Республике Казахстан директор департамента медицинской науки и образования министерства здравоохранения Республики Казахстан Н.К. Хамзина	535

VI. ВЕДОМСТВЕННОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

Медицинское управление МВД России: история, задачи, основные направления деятельности начальник медицинского управления службы тыла министерства внутренних дел Российской Федерации генерал-лейтенант внутренней службы А.Г. Круглов	541
Медицинская служба ФСБ России начальник военно-медицинского управления ФСБ России А.Ю. Лапин	545
Железнодорожное здравоохранение: специфичность и развитие на современном этапе начальник департамента медицинского обеспечения ОАО «РОССИЙСКИЕ ЖЕЛЕЗНЫЕ ДОРОГИ» О.Ю. Атьков	547
Основные направления деятельности медицинской службы Вооруженных Сил Российской Федерации в современных условиях начальник главного военно-медицинского управления министерства обороны Российской Федерации И.М. Чиж	563
Медицинские аспекты применения информационных технологий в деятельности медицинской службы ВС РФ заместитель начальника ГВМУ МО РФ, кандидат медицинских наук, генерал-лейтенант медицинской службы В.А. Гуляев	



ЗАМЕСТИТЕЛЬ ГЕНЕРАЛЬНОГО ДИРЕКТОРА ЗАО «ЭВРИКА», ДОКТОР ТЕХНИЧЕСКИХ НАУК, ПОЛКОВНИК В ОТСТАВКЕ А.И. Григорьев ЗАСЛУЖЕННЫЙ ВРАЧ РОССИИ, ПОЛКОВНИК МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ В ОТСТАВКЕ А.С. Ивлев	569
--	-----

VII. ЮБИЛЕИ РОССИЙСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

К 60-летию основания Академии

медицинских наук

ГЛАВНЫЙ НАУЧНЫЙ СОТРУДНИК НПО «МЕДИЦИНСКАЯ ЭНЦИКЛОПЕДИЯ» РАМН, ДОКТОР МЕДИЦИНСКИХ НАУК Ю.А. Шилинис КАНДИДАТ ИСТОРИЧЕСКИХ НАУК И.Е. Карнеева	575
---	-----

Всероссийскому центру медицины

катастроф «Защита»

Минздрава России – 10 лет

ДИРЕКТОР ВСЕРОССИЙСКОГО ЦЕНТРА МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ «ЗАЩИТА» МИНЗДРАВА РОССИИ, ДОКТОР МЕДИЦИНСКИХ НАУК, ПРОФЕССОР С.Ф. Гончаров	585
--	-----

VIII. ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ АССОЦИАЦИЙ

Народная медицина

ПРЕЗИДЕНТ ОБЩЕРОССИЙСКОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АССОЦИАЦИИ СПЕЦИАЛИСТОВ ТРАДИЦИОННОЙ НАРОДНОЙ МЕДИЦИНЫ, ПРОФЕССОР Я.Г. Гальперин	597
--	-----

О результатах деятельности Стоматологической ассоциации России (2000–2003 годы)

ПРЕЗИДЕНТ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ АССОЦИАЦИИ РОССИИ, ПРОФЕССОР В.К. Леонтьев	600
--	-----

IX. СПРАВОЧНЫЙ РАЗДЕЛ

Медико-демографические показатели	609
-----------------------------------	-----

X. ПРЕДМЕТНО-ТЕМАТИЧЕСКИЙ УКАЗАТЕЛЬ

Содержание	619
Путеводитель по компаниям	626

ПУТЕВОДИТЕЛЬ ПО КОМПАНИЯМ

Bausch & Lomb	155	Интермедхолдмаш, ЗАО	52
Biotronik, Компания	350	Итек, ООО	78
GERBER	187	Кабардино-Балкарский территориальный фонд обязательного медицинского страхования	384
R-Оптикс	158	Калужский областной фонд обязательного медицинского страхования	374
Söring GMBH Medizintechnik	48	Карачаево-Черкесский республиканский территориальный фонд обязательного медицинского страхования	388
АВЕА, ООО	157	Клиника глазных болезней Уральской медицинской академии «Центр реконструктивной офтальмологии и пластической хирургии лица»	159
Авентис Фарма, Корпорация	345	Клиническая больница №6 ФУ «Медбиоэкстрем» Министерства здравоохранения РФ	396
Авиценна, ООО Медицинский центр	70	Клиническая больница №83 ФУ «Медбиоэкстрем» Министерства здравоохранения РФ	398
Акрихин, ОАО Химико-фармацевтический комбинат	46	Клиническая больница №85 ФУ «Медбиоэкстрем» Министерства здравоохранения РФ	397
Анжелика, ООО	78	Краснодарское муниципальное лечебно-диагностическое объединение	280–281
Арал-2000, ООО	100	Лаборатории Сервье, Французская фармацевтическая фирма	17
Арнебия, ЗАО	73	Лек д.д.	347
Белгородский областной онкологический диспансер	234	Ленинградский областной фонд обязательного медицинского страхования	382
Беллакт, Волковысское ОАО	188–189	«Лечебно-диагностический Центр» Министерства экономического развития и торговли РФ, Государственное предприятие	235
Берингер Ингельхайм Фарма ГМБХ, Фирма	340	Мадлена, Фармацевтическая компания	309
БИМК-Кардио-Волга	282	Медико-инструментальный завод имени В.И. Ленина, ОАО	277
Биолит, ООО	450	Медфармсервис, Инновационно-внедренческая фирма	71
Бионорика АГ	190	Микрон, ОАО Научно-производственное предприятие	124
Био-рад Лаборатории, ООО	77	Монсанто Европа С.А.	193
Биотерапия, Научно-клинический центр онкологии и неврологии	316	Московская акционерная страхования компания «Макс»	373
Бристол-Майерс Сквибб, Компания	343	Московский НИИ глазных болезней им. Гельмгольца	154
Вартамана Интернэшнл Тредерс	158	Московский областной фонд обязательного медицинского страхования	375
Высокие технологии медиком, ООО	191	Натусана, ЗАО	75
Городская клиническая больница №1 города Тольятти, Муниципальное учреждение здравоохранения	449	Наука – Сервис – Медицина, ООО	236
Городская клиническая больница №12, ОАО	279	Научно-исследовательский институт биомедицинской химии им. В.Н. Ореховича, Государственное учреждение	192
Городская поликлиника №1 города Владикавказ РСО – Алания	275	Никомед Дистрибьюшн Сентэ, ООО	341
Государственное учреждение науки Центральный научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии имени Н.Н. Приорова Минздрава России	102	Новартис Фарма Сервисез Инк.	344
Государственный медицинский центр Министерства здравоохранения России	16	Новатор, ЗАО	101
Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского	45		
ДЕЛЬТА Технологии, ООО	18		
Детская республиканская клиническая больница Министерства здравоохранения Республики Татарстан	278		
Джонсон и Джонсон, Корпорация	448		
ДИНА Интернэшнл, ЗАО	50		
Здоровье, ООО Фармацевтическая компания	76		
Институт молекулярной генетики, Российская академия наук	103		

Ново Нордиск А/С	342	Территориальный фонд обязательного медицинского	
Норберт, ООО	194	страхования Тюменской области	380
Областная клиническая стоматологическая		ТехКэрСистемс, ИНК	160
поликлиника, г. Кемерово	120	ТехМедСервис, ООО	100
Окружной кардиологический диспансер «Центр		ТОРГМЕД, ЗАО	125
диагностики и сердечно-сосудистой хирургии»,		Трейдомед, ООО	156
Учреждение Ханты-Мансийского автономного округа	310	Тримм-Медицина, Интернациональная компания	47
Пермский областной фонд обязательного		Тувинский республиканский фонд обязательного	
медицинского страхования	381	медицинского страхования	385
Пикон, ЗАО	99	Тюменский областной онкологический диспансер	311
Поликлиники РСО – Алания, город Владикавказ	274	Увиком. Углеродные волокна и композиты, НПЦ	233
Приборы и оборудование для научных		Ф. Хоффманн – Ля Рош Лтд. (Швейцария)	348
исследований (ЗАО «ПОНИ»)	232	Фармация, Государственное омское оптово-розничное	
Пригородная центральная районная		производственное предприятие	309
больница РСО – Алания	273	Фармация, Муниципальное унитарное	
Проктер энд Гэмбл, ООО	119	предприятие города Норильска	74
Республиканская больница №1 –		Фирма Конкор, ООО	159
Национальный центр медицины Министерства		Центр Госсанэпиднадзора №72 ФУ «Медбиоэкстрем»	
здравоохранения Республики Саха (Якутия),		Министерства здравоохранения РФ	402–403
Государственное учреждение	314–315	Центр Госсанэпиднадзора №8 ФУ «Медбиоэкстрем»	
Республиканская стоматологическая поликлиника		Министерства здравоохранения РФ	404
Министерства здравоохранения Республики Татарстан	121	Центр Моды «Медстильсервис», ЗАО ПКФ	49
Рокада-Мед, ООО	123	Центр санаторной реабилитации Фонда	
Российское страховое народное общество «РОСНО», ОАО	231	социального страхования РФ «Тараскуль», ФГУ	312
Рош-Москва, ЗАО	349	Центральная городская больница города Ноябрьска,	
Салехардская окружная больница	447	Муниципальное учреждение	313
Самарский медицинский институт «Реавиз»	104	Центральная медико-санитарная часть №119	
Санаторно-курортный комплекс «Дилуч», город Анапа, ЗАО	450	ФУ «Медбиоэкстрем» Министерства	
Система обязательного медицинского		здравоохранения РФ	400
страхования Республики Татарстан	378	Центральная медико-санитарная часть №21	
Ставропольфармация, ГУП	276	ФУ «Медбиоэкстрем» Министерства	
Стоматологическая поликлиника №1 города Сургута	122	здравоохранения РФ	401
ТЕВА Фармацевтическое Предприятие Лтд., Компания	72	Центральная медико-санитарная часть №51	
Территориальный фонд обязательного медицинского		ФУ «Медбиоэкстрем» Министерства	
страхования Воронежской области	383	здравоохранения РФ	401
Территориальный фонд обязательного медицинского		Центральная психиатрическая больница ФУ	
страхования Курганской области	383	«Медбиоэкстрем» Министерства	
Территориальный фонд обязательного медицинского		здравоохранения РФ	399
страхования Республики Саха (Якутия)	387	Центральная стоматологическая поликлиника	
Территориальный фонд обязательного медицинского		ФУ «Медбиоэкстрем» Министерства	
страхования РСО – Алания	378	здравоохранения РФ	399
Территориальный фонд обязательного медицинского		Шеринг Лек, Московское представительство фирмы	346
страхования Санкт-Петербурга	376–377	Эврика, ЗАО	14–15
Территориальный фонд обязательного медицинского		Эккоплюс, ООО	51
страхования Саратовской области	386	Юнидент	126

Сборник «Социальная сфера России»
зарегистрирован в Министерстве Российской Федерации
по делам печати, телерадиовещания и средств массовых
коммуникаций 10 августа 2001 года
Свидетельство о регистрации ПИ №77-9665

Дизайн полос

Е.А. БУБЕР, О.А. КОЖАНОВА,
И.И. СЕЛИВЕРСТОВА, Е.А. ШУТОВА

Обработка иллюстраций
О.П. ЦУПРИКОВ

Компьютерная верстка
Е.А. БУБЕР

Корректоры
Г.Е. ГАДЖИЕВА, Р.Г. МЕРКУЛОВА,
Л.И. НАУМОВА, А.П. ПАНЦОВА

Печать офсетная

Лицензия ЛР №065559 от 8 декабря 1997 года

ЗАО «Родина-Про»

Москва, ул. Новый Арбат, д. 19

Оформление, верстка и техническое сопровождение

Издательский центр «Президент»

Телефоны: +7 (095) 923 0915, 923 6164

E-mail: design@president-press.org

Отпечатано в типографии «WS BOOKWELL OY»

Порвоо, Финляндия