

**Управление Росздравнадзора по Республике Алтай  
Федеральное государственное бюджетное  
учреждение здравоохранения  
«Сибирский окружной медицинский центр  
Федерального медико-биологического агентства»**

**ОРГАНИЗАЦИЯ  
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В УСЛОВИЯХ  
ТРУДНОДОСТУПНОСТИ МЕСТ ПРОЖИВАНИЯ  
И НИЗКОЙ ПЛОТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ**

**(На примере Республики Алтай)**

**Горно-Алтайск 2012**

УДК 614.2-08 (571.1-08)

ББК 51.1

О 63

**Рецензенты:**

заведующий кафедрой организации здравоохранения и общественного  
здоровья ГБОУ ВПО «Сибирский государственный медицинский  
университет Минздравсоцразвития России»

д.м.н., профессор *С.М. Хлынин*

начальник службы организационно-методической и  
информационно-аналитической работы ГБУЗ НСО

«Государственная Новосибирская областная клиническая больница»

д.м.н., профессор *О.В. Пушкарев*

**О 63** **Организация медицинской помощи в условиях трудно-**  
**доступности мест проживания и низкой плотности населения**  
(на примере Республики Алтай). И.В. Нонукова, В.М. Чернышев,  
О.В. Стрельченко. – Новосибирск – ООО «Альфа- Ресурс» 2012. –  
140 с.

ISBN 978-5-905601-06-4

В книге приводится отечественный и зарубежный опыт организации оказания медицинской помощи сельскому населению. На примере Республики Алтай показаны современные подходы к построению структуры здравоохранения, организации его работы, реальные меры по повышению доступности и качества медицинской помощи в условиях низкой плотности населения, труднодоступности и значительной удаленности населенных пунктов от региональных медицинских учреждений.

Расчитана на организаторов здравоохранения, прежде всего сельского, студентов медицинских учебных заведений, слушателей курсов повышения квалификации.

**УДК 614.2-08 (571.1-08)**

**ББК 51.1**

ISBN 978-5-905601-06-4

© Росздравнадзор по Республике Алтай, 2012

© ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России, 2012

## Список сокращений

АПУ – амбулаторно-поликлиническое учреждение  
БСК – болезни системы кровообращения  
ВВП – валовой внутренний продукт  
ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения  
ДС – дневной стационар  
ЛПУ – лечебно-профилактическое учреждение  
МЗ РА – Министерство здравоохранения Республики Алтай  
МП – медицинская помощь  
МСР – медико-социальная реабилитация  
МТБ – материально-техническая база  
НХМ – новый хозяйственный механизм  
ОВП – общая врачебная практика  
ОМС – обязательное медицинское страхование  
ОПЖ – ожидаемая продолжительность жизни  
ПМСП – первичная медико-санитарная помощь  
РА – Республика Алтай  
РБ – районная больница  
РММО – республиканские мобильные медицинские отряды  
РУЗ – республиканское учреждение здравоохранения  
РЦМК – Республиканский центр медицины катастроф  
РЦП – республиканская целевая программа  
СВА – сельская врачебная амбулатория  
СФО – Сибирский федеральный округ  
ТФОМС – территориальный фонд ОМС  
УБ – участковая больница  
ФАП – фельдшерско-акушерский пункт  
ЦРБ – центральная районная больница

## ОГЛАВЛЕНИЕ

<b>ВВЕДЕНИЕ</b>	6
<b>Глава 1. ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ. ОТЕЧЕСТВЕННЫЙ И ЗАРУБЕЖНЫЙ ОПЫТ</b>	8
1.1. Основные факторы, влияющие на здоровье населения в сельской местности	9
1.2. Демографические процессы и здоровье сельского населения	15
1.3. Особенности организации медицинской помощи сельскому населению в современных социально-экономических условиях	20
<b>Глава 2. ОСОБЕННОСТИ ГОРНОГО АЛТАЯ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ</b>	34
2.1. Медико-географическая и эколого-гигиеническая характеристика Республики Алтай	34
2.2. Историко-этнографические особенности народов, проживающих на территории Горного Алтая	41
2.3. Современное здравоохранение Республики Алтай	48
<b>Глава 3. СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ АЛТАЙ И ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ</b>	54
3.1. Состояние здоровья населения	54
3.2. Организация медицинской помощи в сельской местности	59
<b>Глава 4. СОВРЕМЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИОННО-ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СУБЪЕКТА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ В УСЛОВИЯХ ТРУДНОДОСТУПНОСТИ МЕСТ ПРОЖИВАНИЯ И НИЗКОЙ ПЛОТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ</b>	63
4.1. Основные подходы к формированию организационно-функциональной модели здравоохранения субъекта РФ в условиях труднодоступности мест проживания и низкой плотности населения	64

4.2. Экономические методы управления и современные технологии как основа совершенствования сельского здравоохранения	69
4.3. Оптимизация структуры и функционирования сельского здравоохранения	86
4.4. Нормативно-правовое обеспечение реформирования отрасли	100
4.5. Взаимодействие всех субъектов системы здравоохранения республики. Информационно-методическое обеспечение	103
4.6 Роль и место Управления Росздравнадзора по РА в повышении качества и доступности медицинской помощи населению	105
<b>Глава 5. ЭКОНОМИЧЕСКАЯ И МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОВЕДЕННЫХ ПРЕОБРАЗОВАНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ АЛТАЙ</b>	108
5.1. Экономическая эффективность	108
5.2. Медико-социальная эффективность	110
<b>ЗАКЛЮЧЕНИЕ</b>	118
<b>СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ</b>	121
<b>ПРИЛОЖЕНИЕ</b>	138

## ВВЕДЕНИЕ

Охрана здоровья является одним из основных прав, гарантированных гражданам Российской Федерации Конституцией страны независимо от национальной принадлежности, вероисповедания, политических взглядов, места проживания и т.д. Мероприятия по охране здоровья населения включают в себя предоставление гражданам бесплатной медицинской помощи (МП) в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения, финансирование федеральных программ по охране и укреплению здоровья, обеспечение экологического и санитарно-эпидемиологического благополучия населения.

Вместе с тем до настоящего времени организация оказания медицинской помощи сельскому населению вызывает серьезные затруднения, которые обусловлены многими факторами, в т.ч. и низкой плотностью населения, значительной удаленностью части жителей села от лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) и т.д. Социально-экономические преобразования в 90-х годах прошлого столетия и начале 21-го века ограничили доступность МП сельскому населению, не улучшили качества и не повысили уровень ее организации. С начала 90-х годов наметилось снижение ресурсного обеспечения сельского здравоохранения. Кроме того, значительная доля жителей села проживает в условиях неразвитых коммуникаций с отсутствием современных средств связи.

На территориях с малой плотностью расселения жителей, проживающих в труднодоступных населенных пунктах Сибири, Дальнего Востока и Крайнего Севера, организация оказания МП имеет выраженные особенности. Исследования, проведенные в республиках Саха (Якутия), Тыва, Ямало-Ненецком АО, Алтайском крае и других территориях, показали специфику организации и планирования территориального здравоохранения, отдельных ЛПУ и медицинских служб в таких условиях. Вместе с тем, до настоящего времени не было предложено современной модели сельского здравоохранения, построенной с учетом ранее перечисленных особенностей, на основе системного подхода.

Совершенствование системы здравоохранения – одно из коренных условий успешной реализации стратегии социально-экономического развития страны, а улучшение состояния здоровья населения – важнейшая цель этой стратегии. Модернизация россий-

ского здравоохранения призвана повысить доступность и качество медицинской помощи для широких слоев населения на основе рационализации использования ресурсов отрасли и возрождения профилактической направленности в здравоохранении.

Очевидно, что достижение поставленной цели потребует значительных усилий и пересмотра сложившихся стереотипов в организации МП населению. Необходима большая гибкость в формировании нормативов, стандартов и принципов функционирования отрасли.

Всё вышеизложенное подчеркивает актуальность и необходимость выработки методических подходов к совершенствованию организации медицинской помощи в рамках государственных гарантий для повышения её доступности населению с низкой плотностью проживания, особенно в труднодоступных населенных пунктах.

# **ГЛАВА 1. ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ. ОТЕЧЕСТВЕННЫЙ И ЗАРУБЕЖНЫЙ**

Одним из основных направлений развития здравоохранения является совершенствование организации оказания МП населению, которая в сельской местности имеет ряд особенностей: малое количество обслуживаемого населения, проживающего на достаточно большой территории; преобладание среди сельских жителей неработающих и пенсионеров; отсутствие у жителей сельского района возможности полной реализации прав выбора медицинского учреждения, врача и др.

В выступлении бывшего заместителя председателя Правительства РФ по социальным вопросам Кареловой Г.Н. на Всероссийском совещании, посвященном развитию сельского здравоохранения 20 января 2004 г., было отмечено, что за 90-е годы число сельских населенных пунктов, имеющих автобусное сообщение, сократилось почти на 35 тысяч, число автобусных маршрутов – почти на 8 тысяч, при этом практически отсутствует санитарный автотранспорт на фельдшерско-акушерских пунктах (ФАП), в сельских врачебных амбулаториях (СВА) и участковых больницах (УБ).

Слабая лечебно-диагностическая база, низкая материально-техническая оснащенность, невысокий уровень информационных технологий – таков далеко не полный перечень проблем современного состояния сельского здравоохранения. Наряду с ними большое значение имеет низкая эффективность использования ресурсов отрасли. Главной задачей совершенствования организации МП сельскому населению является переориентация основных усилий с госпитального этапа на амбулаторный, повышение доступности и качества МП.

Оценка произошедших за последние годы изменений отрасли позволяет сделать вывод о том, что процессы реформирования, достаточно проработанные на теоретическом уровне и отраженные в Концепции развития здравоохранения и медицинской науки в РФ (1997), на практике идут медленно, а структурная эффективность системы лечебно-профилактической помощи в целом остается ниже ожидаемой. Насущной необходимостью является повышение взаимодействия и преемственности в деятельности всех звеньев системы, приоритетное развитие амбулаторно-поликлинического звена,



перераспределение объемов деятельности и ресурсной обеспеченности между структурами больничной, внебольничной, медико-социальной помощи.

## **1.1. Основные факторы, влияющие на здоровье населения в сельской местности**

Одним из индикаторов качества жизни является здоровье населения. Однако измерить этот показатель достаточно сложно. Установлено, что высокая продолжительность жизни связана с высоким ее качеством, высокими доходами, а снижение уровня здоровья населения отмечается в тех странах, где наблюдается спад экономики.

На здоровье населения также влияют распределение доходов, морально-этический климат, уровень образования и культуры, образ жизни, состояние окружающей среды, качество жилья, санитарно-гигиенического и медицинского обслуживания.

Ущерб, нанесенный реформами здоровью населения России, получил нелицеприятную оценку Национального разведывательного совета Соединенных Штатов Америки (США). В докладе «Глобальные тенденции развития человечества до 2015 года» говорится, что население России не только сокращается, но и становится все менее и менее здоровым, а значит, теряет способность служить движущей силой экономического возрождения.

Ухудшение материального положения способствует снижению рождаемости, так как для большинства семей количество детей стало определяющим фактором бедности.

Низкий материальный уровень повлиял на физическое развитие и здоровье детей. Ускоренное развитие (акселерация) сменилось замедлением физического развития (ретардацией). К тому же, по данным Института социально-экономических проблем народонаселения РАН, нищета породила примерно 2,8 млн. беспризорных детей – это больше, чем после Великой Отечественной войны.

Тем не менее, ухудшение материального благосостояния не имело решающего значения в подъеме смертности населения. Если бы указанная причина оказалась ведущей, подъем смертности в первую очередь затронул бы самые уязвимые возрастные группы – детей и престарелых. В этом случае темпы роста смертности всего населения были бы больше, чем лиц трудоспособного возраста. Но

в действительности имеет место обратное явление: смертность лиц трудоспособного возраста растет быстрее, чем смертность населения в целом (табл. 1.1). Следовательно, обнищание населения – не ведущая причина стремительного повышения уровня смертности.

В последнее время вновь преобладающим становится мнение, что главной причиной высокой смертности населения является алкоголизм. Злоупотребление алкоголем и его суррогатами действительно играет зловещую роль в повышении смертности населения.

Таблица 1.1

Динамика показателей смертности населения РФ

Годы	Смертность всего населения		Смертность лиц трудоспособного возраста	
	Значение показателя (на 1000 населения)	Коэффициент наглядности	Значение показателя (на 1000 населения)	Коэффициент наглядности
1991	11,4	100	5,0	100
1992	12,2	107	5,8	116
1993	14,5	127	7,4	148
1994	15,7	138	8,4	168
1995	15,0	132	8,0	160
1996	14,2	125	7,1	142
1997	13,8	121	6,3	126
1998	13,6	119	5,0	100
1999	14,7	129	6,7	134
2000	15,4	134	7,3	146
2001	15,7	138	7,5	150
2002	16,3	143	7,8	156
2003	16,4	144	8,0	160
2004	16,0	140	8,0	160
2005	16,1	141	8,2	164
2006	15,2	133	7,4	148

Алкоголизм стал причиной того, что в структуре общей смертности трудоспособного населения высок процент смертности от несчастных случаев, отравлений и травм. Вместе с тем удельный вес смертности населения от этих причин во все годы реформ остается в 3 с лишним раза ниже смертности от болезней кровообращения.

Очевидно, что алкоголизм, будучи, безусловно, значимой причиной повышения смертности населения, особенно трудоспособного возраста, не является доминирующим фактором.

Курение табака, наркомания, неблагоприятная экологическая обстановка, плохие условия труда и несоблюдение техники безопасности – все это также важные причины ухудшения здоровья населения. Но все перечисленные факторы лишь отчасти повинны в сокращении продолжительности жизни.

И в России, и за рубежом ведутся интенсивные исследования зависимости высокой смертности россиян от социальных и экономических факторов и от состояния здоровья населения. В развитых капиталистических странах очевидным фактором увеличения ожидаемой продолжительности жизни является повышение уровня жизни населения, стирание различий в показателях заболеваемости и смертности между различными социальными группами.

Однако в России пока не такой капитализм, как в развитых странах. Норма прибавочного продукта (прибыли) в России на 60 % выше, чем в главной капиталистической стране мира – США (с учетом скрытых доходов наших олигархов она, думается, еще больше). А вот доля оплаты труда в валовом внутреннем продукте (ВВП) на 27 % ниже, чем в США. Там заработная плата составляет около 60 % ВВП, у нас – около 40 %. В США доля зарплаты снижалась до 40 % ВВП только в годы "великой депрессии", когда капитализм стал развиваться неэффективно из-за обнищания большинства населения. Становление капитализма в России в настоящее время происходит также за счет обнищания населения.

В 1999 г. величина средних доходов 10 % наиболее богатых групп населения превышала в 14,1 раза доходы 10 % наиболее бедных; в 2003 г. этот показатель увеличился до 14,5 раз, в 2004 г. – до 14,8 раза. Разрыв в доходах 5 процентных крайних групп с наибольшим и наименьшим достатком в 2004 г. является как минимум 50-кратным; "верхней" 20-процентной группе населения принадлежит 46 % общего фонда доходов, а "нижней" – меньше 6 %. Обни-

шание населения, с одной стороны, подрывает здоровье людей, с другой — определяет низкий потребительский спрос.

За последние 10 лет перечисленные процессы наиболее выражены среди сельского населения. Худшие условия существования по сравнению с городскими приводят к тому, что молодые семьи искусственно ограничивают детность. Особенно это касается такой социальной группы, как безработные. Практически около 70-80 % населения сельской местности состоят на учете в службе занятости по безработице.

Вызывает озабоченность рост числа неработающих среди беременных женщин в сельской местности, что оказывает значительное влияние на характер их питания. По данным Походенько И.В. (2004 г.), каждая третья беременная женщина на селе является неработающей, и доля этой категории возросла за последнее десятилетие в 8 раз. В результате среди неработающих женщин чаще возникают осложнения беременности, прежде всего анемии, приводящие к росту осложнений родов и послеродового периода. В среднем, частота осложнений родов и послеродового периода, в том числе анемий, аномалий родовой деятельности, гестозов и заболеваний почек и т.д. среди неработающих женщин в 1,5 раза превышает аналогичные показатели среди работающих.

Недостаточно освещены в литературе вопросы влияния на здоровье сельских жителей образа жизни и окружающей среды. При этом однозначно установлено отрицательное влияние условий и характера работы на показатели заболеваемости и смертности в сельской местности, в частности, это работа с пестицидами, контакты с животными и т.д.

Формирование здорового образа жизни населения является одной из наиболее актуальных проблем современного здравоохранения и медицинской науки. Это обусловлено значительными изменениями показателей здоровья, связанных с негативными элементами в организации образа жизни населения и высокой распространенностью вредных привычек.

В структуре факторов, влияющих на здоровье, образ жизни населения составляет 49-53 %, наследственная предрасположенность 18-20 %, природно-климатические воздействия 16-20 %, а уровень развития медицинской науки и практики лишь 8-10 %. В то же время потенциал поведения в профилактике сердечно-сосудистых заболеваний составляет 60-80 %, онкологических 40-70

%, сахарного диабета 50-80 %, тогда как удельный вес лечебных воздействий значительно меньше.

Другими словами, сохранению и укреплению здоровья, обеспечению высокого уровня трудоспособности и достижению активного долголетия будут способствовать устранение вредных привычек и нормализация образа жизни. Но эти мероприятия могут быть эффективными только при высокой информированности населения в данных вопросах и соответствии между полученными знаниями и поведением отдельных групп людей и каждого человека индивидуально.

Для определения целей и задач пропаганды здорового образа жизни непременным условием является изучение информационных потребностей в этой области различных групп населения. Они затрагивают интересы, лежащие в области медицинской информации, эффективности ее воздействия, которая тесно связана с пониманием информации и удовлетворенности ею.

Проведенные исследования свидетельствуют о недостаточных знаниях населением основ здорового образа жизни. Знакомы с принципами здорового образа жизни 60,5 % городских жителей и 37,1 % сельских, частично знакомы 32,2 % и 37,2 %, не знакомы 7,3 % и 25,7 % соответственно. Недостаточность знаний населения вопросов здорового образа жизни подтверждает и тот факт, что лишь 57 % городского и 65 % сельского населения получали рекомендации по сохранению и укреплению здоровья. Из них 49 % городских и 53 % сельских респондентов от врачей, 18 % и 38 % соответственно от средних медицинских работников. Потребность же в информации по основным вопросам здорового образа жизни одинакова в обеих популяциях и составляет около 50 %.

Что касается гигиенического поведения, то во всех группах обследованных лиц число ежедневно занимающихся физкультурой составляет лишь 11,6 % в городе и 4,5 % на селе.

Исходя из вышесказанного, оценка уровня знаний о формировании здорового образа жизни и изучение потребности населения в этом актуальны и имеют большое прикладное значение. Наличие таких данных позволяет определить приоритеты, совершенствовать методы и формы работы и, в конечном счете, повысить эффективность пропаганды здорового образа жизни.

По мнению экспертов Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), для обеспечения достаточно эффективного функциони-

рования здравоохранения на его содержание необходимо выделять средств не менее 5 % ВВП. Вместе с тем, даже в последние годы уровень финансирования остается явно недостаточным. Так, в 2004 году он составил 2,9 % ВВП, в 2005 – 3,0 %, в 2006 – 3,5 %, а в 2007 около 4 %, т.е. не достигнут уровень конца 1980-х годов. При этом в европейских странах расходы на здравоохранение достигли в среднем 12,9 % ВВП, т.е. увеличились за период с 1960 по 1999 год более, чем в 2,5 раза. Так, например, в Германии расходы в системе здравоохранения в расчете на душу населения составили в 2002 году 2840 евро, в то время как в России в 2005 году они не превышали 4570 рублей (130,5 евро).

Экономические преобразования 90-х годов привели к состоянию стагнации, а в некоторых территориях к развалу государственной и колхозной организации производства, снижению валовых показателей сельскохозяйственной продукции, падению жизненного уровня и естественной убыли населения. Это нашло свое отражение в сфере здравоохранения, причем наиболее сильно пострадали медицинские учреждения, расположенные в сельской местности, финансирование которых осуществляется из средств муниципального бюджета: центральные районные больницы (ЦРБ), УБ, СВА и ФАПы.

Практически повсеместно за последние 15-20 лет сократился ввод в действие новых сельских учреждений здравоохранения, здания многих из них находятся в аварийном состоянии и не соответствуют санитарно-эпидемиологическим требованиям.

Острой для сельского здравоохранения является кадровая проблема. Обеспеченность медицинскими кадрами ниже нормативов в 1,5-2 раза, отмечается недостаточный профессиональный уровень их подготовки, высокий показатель текучести, прежде всего, врачебных кадров, их незаинтересованность в работе на селе из-за низкой оплаты и неудовлетворительных материально-бытовых условий.

Одной из основных причин дефицита кадров является сложность решения социально-бытовых вопросов, отсутствие благоустроенного жилья, несовершенство системы оплаты труда.

В сельской местности проблемы доступности и качества медицинской помощи стоят особенно остро, и их решение имеет свою специфику. Более низкий уровень заболеваемости сельских жителей указывает не на хорошее здоровье, а на меньшую доступность

медицинской помощи, число обращений к врачу на селе заметно меньше, чем в городе. Заболеваемость престарелых людей по данным обращаемости у лиц, проживающих в селах, где есть больницы, в 6,6 раза выше, чем у жителей сел, в которых они отсутствуют. Все вышеизложенное в конечном итоге ведет к хронизации процесса, росту запущенных случаев различных заболеваний.

Недостаточная эффективность работы по диспансеризации чаще всего имеет объективные причины: удаленность населения от ЦРБ, УБ, СВА, отсутствие общественного транспорта, недостаточная оснащенность выездных бригад медицинским диагностическим оборудованием и укомплектованность «узкими» специалистами. Основные врачебные кадры сельского здравоохранения, в том числе «узкие» специалисты, сосредоточены в районном центре. Вся диагностическая база находится также в ЦРБ, в связи с чем, врачи и средние медработники участковых больниц, сельских врачебных амбулаторий и ФАПов не могут обеспечить качественную диагностику заболеваний, и в итоге снижается эффективность диспансеризации.

Здравоохранение оказалось в глубоком кризисе, который проявился в снижении качества медицинской помощи, ослаблении профилактической работы, росте заболеваемости и смертности населения, нарастании недовольства населения уровнем здоровья и доступностью медико-санитарной помощи.

Так, своевременность госпитализации достигает лишь 50,9 %, дефекты в догоспитальном обследовании – 22 %, уровень экстренной госпитализации – 41,5 %, качество лечения в 20,9 % не соответствует медико-экономическим стандартам, неудовлетворительные исходы лечения отмечаются в 10 % случаев.

## **1.2. Демографические процессы и здоровье сельского населения**

Ухудшение здоровья населения является одной из важнейших проблем современного общества. Многочисленные работы посвящены заболеваемости, стойкой и временной утрате трудоспособности, в т.ч. тружеников села. Здоровье населения отражает не только всю сложность общественных, экономических, культурных и медико-биологических особенностей жизни, определяющих закономерности формирования здоровья различных групп населения, но и

степень доступности и качества получаемой гражданами медицинской помощи.

К основным особенностям здоровья населения и демографических процессов в Российской Федерации в современных условиях можно отнести:

- низкую рождаемость;
- высокую смертность населения;
- ухудшение здоровья населения (высокая заболеваемость, хронизация, инвалидизация);
- низкую ожидаемую продолжительность жизни;
- выраженную тенденцию старения населения страны.

Число умерших в России превышает число родившихся, что в последние годы не компенсируется внешним миграционным притоком населения.

В результате естественный прирост населения, начиная с 1992 года, трансформировался в естественную убыль, и с 1993 года ее значения составляют 5-6 случаев на 1000 родившихся живыми, лишь в 2006-2007 годах повысилась рождаемость и снизилась смертность населения.

Опережающий рост смертности от предотвратимых причин и «омоложение» смертности от них – свидетельство снижения внимания к профилактике, ухудшения диагностики и лечения.

В структуре причин смерти болезни системы кровообращения составляют 55,8 %; травмы и отравления – 13,8 % и новообразования – 12,6 %.

Особенностью структуры причин смерти в России в сравнении с экономически развитыми странами Западной Европы является то, что практически в течение 10 лет на втором ранговом месте находятся экзогенные причины смерти – травмы и отравления, также относящиеся к предотвратимым.

Уровень смертности населения РФ в возрасте 25-64 года от отдельных причин многократно превышает аналогичные наилучшие достигнутые в европейском регионе показатели. Так, в РФ от болезней системы кровообращения умирают 442,7 на 100 тыс. населения (во Франции – 55,2), от цереброваскулярных болезней – 120,5 (в Швейцарии – 7,9). От болезней органов дыхания в РФ умирают 70,5 (в Австрии – 30,9), от болезней органов пищеварения – 52,7 (в Исландии – 14,2), от транспортных несчастных случаев – 29,1 (на Мальте – 4,3).



В основном рост смертности населения произошел за счет лиц трудоспособного возраста. Так, за период 1992-2006 гг. среди лиц в возрасте 25-29 лет смертность выросла в два раза, в группе 30-34 года – почти в три раза. Рост смертности был обусловлен преимущественно причинами, характерными для этих возрастных групп.

Это, прежде всего, смерти от травм, отравлений и других воздействий, обусловленных внешними причинами (насильственная смерть, дорожно-транспортные происшествия, отравления, в т.ч. суррогатами алкоголя). Так, смертность от этого класса болезней выросла почти в два раза, в том числе от отравлений суррогатами алкоголя – в четыре раза, насильственная смертность – в два раза.

При этом среди трудоспособного населения смертность выросла почти в четыре раза, смертность от отравлений суррогатами алкоголя – в пять раз, показатель насильственной смерти вырос в четыре раза. В то же время обращает на себя внимание отсутствие негативной динамики в смертности среди лиц пожилого возраста.

Особое значение приобретает проблема сверхсмертности мужчин. Разница в продолжительности жизни мужчин и женщин равняется 12-14 годам, что в 1,5-2 раза превышает аналогичные показатели в экономически развитых странах.

Так, по состоянию на 2005 год показатель ожидаемой продолжительности жизни (ОПЖ) в РФ составил 65,30 года (58,87 для мужчин и 72,39 для женщин), а в сельской местности он значительно ниже – 63,44 года (57,19 и 71,07 соответственно) (табл. 1.2).

За последние 30 лет у большинства семей, проживающих на селе, материально-жилищные условия значительно ухудшились и более 85 % семей с детьми нуждаются в адресной помощи. Фактически отсутствуют семьи, ведущие здоровый образ жизни. Режим дня и питания не соблюдает ни одна семья, что связано со спецификой сельскохозяйственного производства (сезонные полевые работы с ненормированным рабочим днем, «разорванный» рабочий день на фермах и т.д.), а отдых затруднен из-за наличия домашнего подсобного хозяйства. В последние годы к этому добавилась почти поголовная алкоголизация сельского населения, в отдельных сельских поселениях охватывающая почти 100 % всего взрослого населения.

Большинство авторов расценивают состояние здоровья населения сельской местности как неблагополучное. Так, показатели

общей и младенческой смертности среди сельского населения и несчастные случаи среди них значительно выше, чем в городе.

Таблица 1.2

Ожидаемая продолжительность жизни при рождении за период 1999-2005 гг.

Годы	Все население			Городское население			Сельское население		
	М и Ж	М	Ж	М и Ж	М	Ж	М и Ж	М	Ж
<b>Российская Федерация</b>									
1999	65,93	59,93	72,38	66,39	60,41	72,65	64,62	58,63	71,55
2000	65,27	59,00	72,20	65,65	59,38	72,40	64,18	57,99	71,55
2001	65,29	58,96	72,34	65,66	59,34	72,50	64,20	57,90	71,79
2002	64,82	58,47	72,04	65,30	58,99	72,26	63,41	57,07	71,00
2003	65,07	58,82	71,99	65,50	59,20	72,28	63,88	57,78	71,22
2004	65,27	58,89	72,30	65,81	59,38	72,65	63,76	57,55	71,23
2005	65,30	58,87	72,39	65,99	59,52	72,86	63,44	57,19	71,07
<b>Сибирский федеральный округ</b>									
1999	64,41	58,46	71,01	64,74	58,77	71,18	63,55	57,69	70,54
2000	64,03	57,83	71,07	64,28	58,01	71,20	63,39	57,38	70,65
2001	64,00	57,82	71,01	64,31	57,99	71,30	63,23	57,40	70,22
2002	63,43	57,29	70,48	63,77	57,60	70,77	62,59	56,80	69,63
2003	63,17	56,83	70,34	63,54	57,02	70,73	62,22	56,27	69,37
2004	63,27	56,87	70,45	63,75	57,15	70,95	61,99	56,05	69,11
2005	62,75	56,25	70,15	63,35	56,59	70,79	61,27	55,34	68,55

**Условные обозначения:** М – мужчины, Ж – женщины

В РФ ОПЖ сельского населения ниже, чем у горожан: среди мужчин на 1,5-2 года и женщин – около года. В Сибирском федеральном округе ОПЖ почти на два года короче, чем в среднем по России (табл. 1.2).

Показатель первичного выхода на инвалидность на селе в среднем на 20 % выше, чем в городе. При этом большинство инвалидов – это лица трудоспособного возраста.

В структуре заболеваемости сельского населения преобладают заболевания органов кровообращения, дыхания, пищеварения, нервной системы и органов чувств, болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани, мочеполовой системы, чаще регистрируются травмы и отравления и т.д.

По результатам всероссийской диспансеризации в сельской местности доля здоровых детей составила 29 % против 37 % в городской местности. К больным детям отнесено 17 % от общего числа детей на селе (в городе – 14,3 %).

Удельный вес часто и длительно болеющих сельских детей значительно выше, чем городских.

Потребность сельского населения в медицинской помощи зависит от возраста и пола: дети в возрасте от 0 до 14 лет болеют чаще, чем подростки и взрослые, но реже, чем лица старше 55 лет. С возрастом доля обращений по поводу хронических заболеваний в показателе общей заболеваемости увеличивается и составляет: у детей 0-14 лет – 14,6 %, у подростков 15-18 лет – 22,7 %, у взрослых 19-55 лет – 38,4 %, у лиц старше 55 лет – 64 %. Доля посещений женщин в возрасте 19-40 лет (59,8 %) в 1,5 раза превышает аналогичную долю мужчин (40,2 %). Это связано с увеличением обращений женщин по поводу беременности, осложнений послеродового периода, заболеваний мочеполовой сферы. В возрасте 40-55 лет доля амбулаторных посещений мужчин (54,7 %) в 1,2 раза превышает аналогичную долю женщин (45 %), что вызвано увеличением числа обращений по поводу заболеваний костно-мышечной системы и соединительной ткани, а также травм и отравлений, некоторых других последствий воздействия внешних причин. В общем числе обращений лиц старше 55 лет доля женщин составляет 64,2 %, что связано с возрастнo-половой диспропорцией лиц пожилого и старческого возраста.

По данным Кетовой Г.Г. (1996), у сельских жителей формируется хронический неинфекционный тип патологии. Около 60-65 % всех случаев и 70-75 % дней временной нетрудоспособности экономически активного сельского населения приходится на болезни органов дыхания, костно-мышечной системы и соединительной ткани, травмы и отравления. При этом показатель заболеваемости зависит напрямую от профессионального стажа сельских тружеников и сезонности их деятельности.

### **1.3. Особенности организации медицинской помощи сельскому населению в современных социально-экономических условиях**

В сельской местности проживают 26,7 % населения РФ, это 38,5 млн. человек. В одной четверти субъектов РФ сельские жители составляют более 40 % населения. По данным Всероссийской переписи населения 2002 года выявлена тенденция к росту данной группы граждан.

Организация лечебно-профилактической помощи сельскому населению строится на тех же организационных принципах, что и городскому населению. В ее основе лежит участковый принцип. Главной задачей сельского здравоохранения, как и городского, является полное удовлетворение потребностей жителей села во всех видах медицинской помощи.

Однако существующие различия между городом и селом, которые определяются целым рядом факторов (характер расселения сельских жителей, радиус обслуживания, специфика условий сельскохозяйственного труда и быта на селе и др.), накладывают определенный отпечаток на характер оказания медицинской помощи (ее объем и качество) сельским жителям и требуют от органов здравоохранения применения особых организационных форм и методов работы. Так, например, такой фактор, как характер расселения (малая плотность, разбросанность населенных пунктов и их отдаленность друг от друга), оказывает существенное влияние на доступность медицинской помощи и является важным условием формирования сети медицинских учреждений на селе.

Специфика сельскохозяйственного труда (сезонность работ, отдаленность полевых станов, продолжительность рабочего дня, влияние климатических условий и т. п.) обуславливает необходимость создания передвижных форм медицинской помощи, изменения графика работы сельских медицинских учреждений при проведении полевых работ и т. п.

Главной особенностью организации медицинской помощи сельскому населению является этапность ее оказания, включающая 4 уровня: ФАП – УБ (СВА) – ЦРБ, а также ЛПУ, расположенные в административных центрах субъектов РФ (краевые, областные и республиканские). Наиболее приближены к населению медицинские работники фельдшерско-акушерских пунктов. Они проводят

профилактическую работу, оказывают экстренную медицинскую помощь, выполняют назначения врача, выполняют функции патронажной и процедурной медицинской сестры, а также акушерки. Для фельдшерско-акушерского пункта целесообразно планировать обслуживание территории радиусом не более 4 км.

Однако приоритет в оказании первичной медико-санитарной помощи принадлежит сельским врачебным амбулаториям и участковым больницам, которые являются промежуточными этапами медицинского обслуживания.

В 2004 г. в сельской местности России насчитывалось 7782 амбулаторно-поликлинических учреждения (АПУ) общей мощностью 484,8 тыс. посещений в смену. Большой радиус сельского врачебного участка определяет преобладание маломощных учреждений здравоохранения. Помощь сельским жителям оказывали 4034 сельские врачебные амбулатории (СВА) и 42 523 фельдшерско-акушерских пунктов (ФАП); скорую медицинскую помощь – 1275 станций (отделений).

Специально проведенное в начале текущего века исследование показало, что материально-техническая база большинства ФАПов неудовлетворительна. По данным Республики Коми, Ивановской области, Чувашской Республики, Ростовской, Омской и Еврейской автономной областей в приспособленных помещениях развернуто 76,7 % ФАПов и только 23,3 % – в специальных зданиях. Нуждаются в капитальном ремонте – 49,2 % ФАПов, имели дороги непроходимые или плохо проходимые в осенне-зимний период – 8,9 % ФАПов. Не имели центрального отопления 87,2 % ФАПов, водопровода – 93,2 % и канализации – 93,7 %. Телефонизированы только 77 % ФАПов.

Транспортом были обеспечены лишь 0,1 % ФАПов. Только в 1,1 % ФАПов имелись зубо врачебные кабинеты, в 12,4 % кабинеты физиотерапии. В течение года не были укомплектованы средним медицинским персоналом 2,5 %, в течение полугода – 0,1 % ФАПов.

Проблемой современного сельского здравоохранения остается улучшение врачебного обслуживания на уровне СВА. По имеющимся данным материально-техническая база СВА также требует улучшения: 58,8 % СВА нуждались в капитальном ремонте, в 75,8 % не было канализации, в 72 % – водопровода, 66,4% – центрального отопления. Не телефонизировано 1,7 % СВА. Не имели своего

транспорта 14,2 % СВА, в 6,6 % СВА в течение полугода транспорт был не на ходу в связи с отсутствием финансовых средств на горюче-смазочные материалы и автозапчасти. Автобусное сообщение с районным центром в течение года имели 95,2 % СВА, не имели сообщения с ЦРБ (РБ) в осенне-весенний период 1,4 % СВА. Не были укомплектованы врачебными кадрами в течение 2004 года 14,5 % СВА и в течение полугода – 3,5 %.

В 2004 г. стационарная медицинская помощь сельским жителям в основном оказывалась 4880 больницами (в т. ч. в сельской местности – 3617), из них 1740 центральных районных (в сельской местности – 681), 278 районных (117) и 2862 участковых (2819). Общее число больничных коек составило 453 354.

В структуре основных фондов большинства сельских ЛПУ на медицинское и технологическое оборудование приходится 8-20 %. При этом износ активной части основных фондов превышает 60-70 %, особенно он высок в участковых больницах. Имеют место низкие показатели обновления основных фондов, фондовооруженности труда персонала и т.д.

Особое место в системе сельского здравоохранения занимает центральная районная больница, в которой осуществляется квалифицированная и специализированная медицинская помощь основных видов. На нее приходится около 65-70 % врачебных посещений сельского населения и 60-65 % случаев госпитализаций. Кроме того, на нее возложены функции государственного органа управления здравоохранением в сельском районе.

В связи с вышеизложенным, районному звену здравоохранения принадлежит основная роль в оказании медицинской помощи жителям села. Из 1800 сельских административных районов 23 % имели число жителей до 20 тыс. человек, 29 % – 20-30 тыс. Следствием малочисленности сельских административных районов является относительная маломощность больничной сети районного звена здравоохранения, включая так называемые городские больницы поселков городского типа.

В данных условиях в районном звене здравоохранения возможности оказания квалифицированной и специализированной медицинской помощи населению ограничены. Затруднительно внедрение новых медицинских технологий. Не всегда возможно интенсивное лечение больных.

В участковых больницах сосредоточено 68,6 тыс. коек, что составило 15,1 % коечного фонда районного звена здравоохранения и 4,5 % от общего количества коек больничной сети РФ. С 1990 по 2004 г. число участковых больниц сократилось с 4813 до 2862 (на 40,5 %), число коек в них – с 156 265 до 68 620 (на 56,1 %).

Материально-техническая база большинства участковых больниц расценивается как неудовлетворительная. В приспособленных помещениях развернуто 26,5% из них. Не имели канализации 66,5%, водопровода – 62,3%, центрального отопления – 54,1%, требовали капитального ремонта 37,1 % участковых больниц.

Рассматривая систему организации стационарной помощи сельскому населению, можно выделить ряд проблем, включая такие, как низкий показатель полноты догоспитального обследования; несвоевременность госпитализаций, особенно в областные ЛПУ; тенденция к росту числа самостоятельных обращений сельских жителей в городские и областные, в том числе специализированные стационары; высокий и нарастающий уровень экстренных госпитализаций; значительный удельный вес необоснованных госпитализаций. Фактическое состояние сельских стационаров (УБ и ЦРБ) не соответствует предъявляемым требованиям ни по мощности, ни по материально-техническому оснащению, ни по составу и квалификации кадров и специализации коечного фонда. В участковых больницах оказывается минимальный объем лечебно-диагностической помощи, в них госпитализируются пациенты, которым необходима не столько интенсивная терапия, сколько медико-социальная помощь. Специализированная стационарная помощь все больше смещается в областные и республиканские учреждения. Проблема реструктуризации решается перепрофилированием участковых больниц в дома сестринского ухода, отделения восстановительного лечения, реабилитации и медико-социальной помощи, во врачебные амбулатории.

Вместе с тем, не получили необходимого развития стационары, оказывающие медико-социальную помощь больным и престарелым в сельской местности, хотя среди сельского населения лица 65 лет и старше составили 16,2 % (в целом по РФ – 14,1 %). По России в 2004 г. работало всего 95 больниц (домов) сестринского ухода (в т. ч. в сельской местности – 78) с коечным фондом – 2301, на которые были госпитализированы 16950 больных (в т. ч. 11828 сельских жителей). Активно проводится перепрофилирование участко-

вых больниц в больницы сестринского ухода в Саратовской, Самарской, Тверской, Кемеровской, Смоленской, Тульской областях, республиках Коми, Карелия, Татарстан и др.

В учреждениях здравоохранения системы Минздравсоцразвития РФ в сельской местности работали в 2004 г. 46 928 врачей, что составляет 7,7 % от общей численности врачей.

Проблема кадрового обеспечения сельского здравоохранения за последние годы обострилась. Только за 2003 г. численность сельских врачей уменьшилась на 1,1 тыс. (или на 2,2 %). Число вакантных врачебных должностей по сельским учреждениям Минздравсоцразвития России достигает 8,2 тыс., а вакансий среднего медицинского персонала – 8,4 тыс., укомплектованность сельских учреждений здравоохранения составляет соответственно 88,5 и 96,4 %. В каждой седьмой сельской амбулатории и каждой тринадцатой участковой больнице ни одна штатная врачебная должность не замещена врачом. Высокая текучесть медицинских кадров на селе разуккомплектовывает сельские ЛПУ. Вместе с тем, уровень квалификации работников сельского здравоохранения повышается, несмотря на то, что за последние 5 лет почти третья часть врачей (29 %) не повышала своей квалификации. В структуре причин, препятствующих повышению квалификации, преобладают семейные обстоятельства и бытовые условия, а также недостаточная укомплектованность кадрами. Высшую квалификационную категорию имели 12,3 % врачей и 16,1 % среднего медицинского персонала, первую, соответственно, – 24,3 и 26,9 %, сертификат специалиста – 76,1 и 65,8 %.

По мнению ряда авторов, существующая система управления и организации сельского здравоохранения не соответствует современным требованиям. Практически отсутствует система информационного обеспечения управления на селе, нацеленная на конечные результаты деятельности лечебно-профилактических учреждений, сохраняются низкая эффективность использования ресурсной базы, выраженный дефицит медицинских кадров и многие другие проблемы, которые пытались решить еще в 80-90-х годах прошлого столетия.

Особое место в укреплении и сохранении здоровья населения, проживающего в селе, принадлежит системе сельского здравоохранения, основным приоритетом которого является повышение доступности, качества и эффективности лечебно-диагностического



процесса и медицинского обслуживания. Вопросам сохранения и укрепления здоровья населения, особенно сельского, в современной научной литературе уделяется довольно значительное внимание.

К середине 1980-х годов организация медицинской помощи в СССР добилась определенных успехов, принципы ее функционирования получили широкое признание за рубежом и были взяты на вооружение многими странами мира. Вместе с тем планирование ресурсов на медицинскую помощь осуществлялось с ориентацией не на конечные показатели (число пролеченных больных т.д.), а на промежуточные, чаще всего количественные (число врачебных должностей, посещений поликлиники, коек, койко-дней). При этом приоритет отдавался наиболее затратному звену – стационарной медицинской помощи. Количество медицинского персонала и больничных коек росло, а качество и реальная доступность медицинской помощи снижались.

Необходимость реформ стала очевидной. В организационную основу реформ легла идея структурной оптимизации системы и сдвига приоритетов в сторону первичной медико-санитарной помощи. Началу реформирования здравоохранения предшествовал эксперимент, получивший название «нового хозяйственного механизма» (НХМ), проводимый в учреждениях здравоохранения ряда территорий (Кемеровская и Самарская области, город Санкт-Петербург) при научно-методическом обеспечении НИИ социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением им. Н.А. Семашко. Он был направлен на расширение прав руководителей органов и учреждений здравоохранения, применение принципов экономического стимулирования в работе данных учреждений, распространение коллективных (сдельных) форм организации оплаты труда, оптимизацию структуры и интенсификацию использования коечного фонда медицинских учреждений. НХМ способствовал совершенствованию лечебно-диагностического процесса, повышению качества медицинской помощи населению, рационализации распределения выделяемых ресурсов, увеличению эффективности их использования.

Именно в НХМ впервые осуществился переход от финансирования зданий, сооружений, коечного фонда и других ресурсов системы здравоохранения к финансированию объема медицинской помощи на каждого жителя. Характерными чертами внедряемой прогрессивной модели финансирования отрасли являлись: введение

подушевого финансирования, внедрение системы взаиморасчетов на основе фондодержания, планирование территориальной программы ОМС и формирование муниципального (государственного) заказа на обеспечение населения бесплатной медицинской помощью в рамках программы государственных гарантий.

Результатом явилось укрепление амбулаторного звена, сокращение числа необоснованных госпитализаций и вызовов скорой помощи, структурные изменения в сети медицинских учреждений. Накопленный практический опыт в настоящее время распространяется во многих регионах страны.

Основным направлением в совершенствовании организации медицинской помощи, в т.ч. сельскому населению, является укрепление первичного звена здравоохранения. Почти во всех странах мира в здравоохранении сохраняется приверженность принципам, принятым в 1978 г. на Алма-Атинской конференции Всемирной организацией здравоохранения, провозгласившей приоритетность первичной медико-санитарной помощи.

Отечественный и зарубежный опыт последних лет позволяет сделать вывод, что ключевой фигурой в системе первичной медико-санитарной помощи может стать и становится врач общей практики. В России эта проблема решается очень медленно, хотя несколько активизировалась в последнее время.

Особую актуальность внедрение института общеврачебной практики (ОВП) представляет для сельского здравоохранения. Сегодня наиболее выгодно организовывать общие врачебные практики в удаленных и труднодоступных малонаселенных районах сельской местности и в экономически благоприятных регионах с платежеспособным населением.

В настоящее время можно выделить 4 организационно-правовые формы общеврачебных (семейных) практик: частного предпринимателя, в составе структурного подразделения государственного учреждения, в статусе государственного (муниципального) учреждения, как юридическое лицо частной системы здравоохранения. При этом применяются 2 варианта финансирования: подушевой и оплата за услугу.

Переход к организации первичной медицинской помощи по принципу врача общей практики (семейного врача) способствует значительному улучшению качества, расширению доступности и обеспечению непрерывности медицинского наблюдения, рацио-

нальному использованию бюджетных средств и средств обязательного медицинского страхования (ОМС), эффективному использованию ресурсов и изменению ориентации на профилактику заболеваний и укрепление здоровья населения, совершенствованию функционирования системы здравоохранения. При этом необходимо использовать методики, уже обоснованные российскими и зарубежными учеными, путем постепенного отступления от единого нормативного планирования.

Успешное решение вопросов своевременности и качества медицинской помощи связано с повышением эффективности профилактики неинфекционных заболеваний в сельской местности, внедрением новых организационных форм оказания МП, в частности мобильных. В отечественной литературе наиболее активно мобильные формы амбулаторно-поликлинической помощи начали обсуждаться с 80-х годов и в основном посвящались работе выездных бригад врачей как форме приближения квалифицированной и специализированной медицинской помощи к населению. Кроме того, они способствуют оптимизации преемственности оказания медицинской помощи сельскому населению на различных этапах. В основном эта работа осуществлялась силами врачей районных, городских и областных ЛПУ с отрывом от производства, в большинстве случаев без диагностической аппаратуры. Вышеупомянутые формы мобильной амбулаторно-поликлинической помощи были первыми шагами по приближению консультативной помощи к населению отдаленных мест проживания.

Наиболее перспективным является создание мобильных многопрофильных специализированных формирований или комплексов, оснащенных современной диагностической аппаратурой, укомплектованных высококвалифицированными кадрами, которые могут функционировать на постоянной основе, круглогодично. Такая форма работы экономически выгодна и при наименьших затратах позволяет достичь значительных результатов. По данным Абрютиной Л.И., наиболее рациональной формой приближения квалифицированной медицинской помощи жителям Чукотки являются передвижные медицинские отряды, которые существуют на данной территории с 1957 года.

Заслуживает внимания опыт организации выездной службы жителям села в Республике Коми, где удельный вес сельского населения составляет 46,2 %, а плотность населения – 3 человека на кв.

км. Более половины административных территорий имеют непроходимые дороги в осенне-зимнее время года. Работа выездных врачебных амбулаторий, ранее формировавшихся на базе ЦРБ, оказалась недостаточной.

Для обеспечения доступности населению сельских районов медицинской помощи создан как постоянно действующее учреждение с правом юридического лица республиканский мобильный медицинский отряд (РММО), который финансируется из бюджета Республики Коми по отрасли «Здравоохранение» в разрезе содержания администраций и других расходов, не входящих в тариф ОМС. Организационная работа РММО с населением в территориях проводится на основании договоров с главными врачами ЦРБ (РБ), в которых предусмотрены объемы консультативно-диагностических медицинских услуг и оговорены условия оплаты. РММО привлекает для выездов в территории главных штатных и внештатных специалистов Минздрава Республики Коми и ведущих специалистов республиканских ЛПУ.

До настоящего времени в России не решена проблема оказания медицинской помощи лицам, проживающим в так называемых «изолированных группах» (кочевники, жители малочисленных населенных пунктов, удаленных от ЛПУ и др.). Нередко МП им оказывается народными целителями, травниками, шаманами, повитухами и т.д. За рубежом в одних странах (Пакистан), в связи с недостатком профессиональных медицинских работников, проводят краткосрочные курсы по медицине для вышеупомянутых категорий, в других (США) готовят парамедиков из числа лиц, проживающих в изолированных группах. При этом они обязательно должны уметь диагностировать и оказывать помощь при неотложных состояниях, владеть медицинскими манипуляциями, выполнять простейшие назначения врачей, осуществлять основные профилактические мероприятия. Парамедики обеспечиваются специальными аптечками, т.е. минимальным набором простейших медикаментов и средств, необходимых для оказания МП при неотложных состояниях. Деятельность их осуществляется под контролем врача-куратора.

Учитывая ограниченные лечебно-диагностические возможности, недостаток квалифицированных медицинских кадров, слабую материально-техническую базу и дефицит финансовых средств сельских лечебно-профилактических учреждений, особая роль в настоящее время отводится развитию специализированной консуль-

тативной медицинской помощи, созданию межрайонных консультативно-диагностических центров.

Для повышения их реальной роли необходимо определить правильные формы взаимодействия и ответственности административных органов муниципальных образований, входящих в зону обслуживания центра; создать адекватную систему финансирования и соответствующую материально-техническую базу; обеспечить эффективное планирование и контроль деятельности межрайонных центров как одного из уровней системы оказания специализированной консультативной помощи жителям села. Необходимы четкое определение границ обслуживаемых районов с учетом территориального расположения и транспортной доступности, численности обслуживаемого населения, оптимального распределения видов и объемов помощи в системе ЦРБ – межрайонный центр – республиканская (областная) больница, организация и контроль потоков больных в территориальной медико-санитарной зоне.

Создание межрайонных центров по оказанию специализированной медицинской помощи в сельской местности способствует целенаправленному укреплению материально-технической базы (МТБ) и кадрового потенциала ЛПУ, обеспечивает рациональное использование имеющихся ресурсов, позволяет сохранить доступность для населения соответствующих видов медицинской помощи.

В рамках реструктуризации и повышения эффективности здравоохранения важным аспектом является развитие стационарзамещающих видов медицинской помощи.

За последние 10 лет отмечается значительный рост дневных стационаров при амбулаторно-поликлинических учреждениях, особенно в сельской местности. В основном они создаются на базе сельских участковых больниц и врачебных амбулаторий, как в России, так и в странах СНГ. Так, по данным Токтомазова Н.Т. [126], в период 1991-2001 гг. общее количество пролеченных больных в дневных стационарах городских амбулаторно-поликлинических учреждений Кыргызстана увеличилось в 1,2 раза, а в ЦРБ, УБ и СВА в 2,3 раза. Удельный вес коек дневного пребывания достиг 9 % всего коечного фонда муниципальных стационаров Московской области [103]. Анализ деятельности дневных стационаров показал, что рост числа мест и количества пролеченных больных в дневных стационарах был, в основном, обусловлен ликвидацией круглосуточных коек в участковых больницах и ЦРБ и заменой их дневными

стационарами без соответствующего финансового обеспечения. При этом услугами дневного стационара пользуются жители, проживающие в данном селе или на расстоянии не более 10-15 км.

В сельской местности организационно и экономически обоснованным является использование стационарзамещающих технологий в крупных и средних населенных пунктах. Главная цель развития таких форм организации медицинской помощи – снижение госпитализации в стационары с круглосуточным пребыванием, рационализация использования средств, выделяемых на здравоохранение при сохранении качества оказания медицинской помощи и ее доступности.

Одним из недостатков данного вида стационарзамещающих технологий является то, что их услугами не могут пользоваться жители отдаленных сел, в которых медицинское обслуживание осуществляется фельдшерско-акушерскими пунктами.

В условиях медицинского страхования, когда соблюдаются основные принципы рыночной экономики и лечение проводится в соответствии с медико-экономическими стандартами, сокращение нерационально используемого коечного фонда является насущной необходимостью. Это обусловлено тем, что до 80 % коек в участковых больницах заняты пациентами, которым требуется не только врачебная, а в большей степени социальная помощь и сестринский уход. В 16-20 % случаев госпитализация в сельских лечебно-профилактических учреждениях осуществляется только по социальным показаниям, в то время как органы социальной защиты испытывают нехватку медико-социальных учреждений, участковые больницы пустуют. В связи с этим назрела необходимость в реорганизации участковых больниц в медико-социальные учреждения.

Для сельских районов, в которых имеются стационарные учреждения соцзащиты, оптимальное число медико-социальных коек составляет 3,5 на 1000 населения. В районах, не имеющих подобных учреждений, данный показатель составил 9,4 койки на 1000 населения.

Выделение коек медико-социального профиля в системе здравоохранения вписывается в современную стратегию реструктуризации отрасли, направленную на повышение ее эффективности и ресурсосбережение.

Таким образом, приток дополнительных ресурсов вследствие совместной деятельности органов здравоохранения и социальной

защиты населения позволяет значительно экономить средства здравоохранения. В период реорганизации здравоохранения это позволяет сохранить рабочие места для работников здравоохранения, что особенно актуально для медицинского персонала сельской местности. В результате внедрения медико-социальных коек увеличена интенсивность лечебно-диагностического процесса других отделений (коек) сельских ЛПУ за счет увеличения числа дней работы и оборота койки, а также сокращения длительности пребывания пациентов в стационаре. При этом отмечается уменьшение очередей в дома-интернаты для престарелых, что позволяет сэкономить ресурсы на строительство последних.

Опыт репрофилирования пустующих коек в учреждениях стационарного типа заслуживает самого пристального внимания, так как позволяет более рационально использовать средства, выделяемые на социальные нужды в стране. В настоящее время за рубежом складывается концепция интеграции служб медико-санитарной помощи на районном уровне, причем объединение усилий идет в процессе обмена информацией, планирования, совершенствования инфраструктуры, развития людских ресурсов, и не только в отношении органов здравоохранения. Делаются шаги по развитию и интеграции медико-санитарной помощи, просвещения, транспорта, средств связи, жилищного строительства, водоснабжения, мелкого предпринимательства, сельского хозяйства под контролем муниципалитетов.

Участие населения в деятельности интегрированных служб повышает степень общей удовлетворенности их работой. Интеграция способствует, как правило, сглаживанию различий между географическими районами и социально-экономическими группами в отношении доступности служб и интенсивности их использования.

Ключевым фактором в процессе интеграции районных служб здравоохранения является первичная медико-санитарная помощь (ПМСП), которая должна быть всесторонней (включать пропаганду здоровья, профилактику, контроль и реабилитацию), холистической (заниматься человеком в целом в контексте семьи и общества), непрерывной (использовать стратегию постановки на учет и регистрацию регулярных последующих наблюдений за пациентами и мониторинг медицинской помощи).

Декларированными принципами реформ, проводимых в стране, были: децентрализация управления, демонополизация государ-

ственного сектора здравоохранения, многоукладность форм собственности в системе здравоохранения, многоканальность финансирования, внедрение рыночных механизмов и введение медицинского страхования.

С вступлением в силу Федерального закона 131-ФЗ «Об общих принципах организации местного самоуправления в РФ» разделение лечебно-профилактической сети на государственную, муниципальную и частную и последовавшая в связи с этим децентрализация управления здравоохранением привели к:

- нарушению преемственности и этапности при оказании медицинской помощи;
- неэффективному использованию финансовых, кадровых, материальных ресурсов здравоохранения;
- снижению управляемости отраслью.

С другой стороны, опыт реализации децентрализации в других странах свидетельствует об усилении участия населения в решении вопросов организации, реформирования, финансирования здравоохранения, увеличении равномерности охвата и эффективности медицинского обслуживания. В результате это позволяет передать ответственность за планирование, получение и распределение ресурсов, а также за управление ими с центрального уровня на субнациональный.

Перемещение управленческой нагрузки из вертикальных в горизонтальные управленческие связи объективно необходимо в связи с постепенным расширением пространства свободного рынка, совершенствованием системы первичной медико-санитарной помощи и введением обязательного медицинского страхования.

Политика децентрализации в медицине проводилась в ряде стран Африки, Азии и Тихоокеанского региона. Такие страны, как Ботсвана, Объединенная Республика Танзания и Папуа - Новая Гвинея передали ответственность за здравоохранение районным службам медицинской помощи. За последние 20 лет в Венгрии проводились социально-экономические реформы, направленные на децентрализацию контроля и внедрение рыночных механизмов в социалистическую экономику. В литературе встречаются противоречивые мнения о преимуществах децентрализации. В ряде стран (Мексика, страны Латинской Америки и др.) в результате внедрения процесса децентрализации обострились региональные различия в развитии, усилилось влияние местных групп на принятие ответст-



венных решений в распределении ресурсов в сфере здравоохранения, отсутствует повышение равномерности в распределении ресурсов, выделяемых на здравоохранение.

По мнению некоторых авторов, проблемы, связанные с децентрализацией и реформированием системы здравоохранения, могут быть успешно решены с использованием в здравоохранении экономических методов управления. Однако до настоящего времени не решен вопрос корреляции оплаты медицинской помощи с качеством и эффективностью работы. В лучшем случае это относится к объему. Учет качественных характеристик затраченного труда чаще всего предлагается на основе применения метода штрафных санкций на основании экспертизы медицинской документации. Тем не менее, это носит исключительно административный характер, существует на уровне учреждения в целом, а не отдельного медицинского работника.

В докладе исследовательской группы ВОЗ «Оценка последствий изменений в финансировании служб здравоохранения» говорится, что изменения в системе финансирования сектора здравоохранения могут иметь далеко идущие последствия. Изменяя оплату деятельности медицинских учреждений и оплату труда медработников, можно повлиять на доступность и качество оказания медицинской помощи, а, следовательно, на состояние здоровья различных групп населения. Система оплаты медицинской помощи как инструмент реализации программы государственных гарантий должна способствовать решению двух основных задач: стимулировать реструктуризацию медицинской помощи со смещением объема помощи на догоспитальный этап и обеспечить предсказуемость затрат на МП.

Немаловажное значение при оценке работы лечебно-профилактического учреждения приобретает эффективность его деятельности, которая имеет количественное выражение достижения цели.

Отечественными исследователями для оценки эффективности деятельности служб здравоохранения предлагается ряд показателей. Для поликлиник это количество посещений, функция врачебной должности, для стационара – работа койки, среднее время простоя и оборот койки и т.д. Некоторыми авторами предложен расчет интегрального показателя, что позволяет выявлять дефекты в деятельности ЛПУ и принимать управленческие решения.

## **ГЛАВА 2. ОСОБЕННОСТИ ГОРНОГО АЛТАЯ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ**

Для того, чтобы лучше понять и правильно оценить проводимые преобразования в здравоохранении одного из субъектов Российской Федерации, необходимо знать о том, как шло формирование этой отрасли, особенности развития республики и, конечно же, те народные традиции, обычаи коренного народа, те способы исцеления, которыми он пользовался. Многие из этого описано в настоящей главе.

### **2.1. Медико-географическая и эколого-гигиеническая характеристика Республики Алтай**

Республика Алтай располагается в южной части Российской Федерации. Она занимает площадь в 92,6 тыс. кв. километра. Протяженность ее с севера на юг – 700 км, с запада на восток – 600 км. В одиннадцати территориально-административных образованиях проживает население численностью 203,2 тыс. человек, из них в десяти проживает сельское население численностью 150 тыс. человек. Городское население (53,2 тыс. чел.) сосредоточено в одном городе – Горно-Алтайске, являющимся региональным центром. Средняя плотность населения составляет 2 человека на квадратный километр. В весенне-зимние периоды года во время паводков, снегопадов и метелей населенные пункты, а иногда целые районы остаются практически отрезанными от центральных районных больниц и республиканских ЛПУ. В результате чего становятся недоступными квалифицированная и специализированная медицинская помощь. В эти периоды связь с ними поддерживается посредством санитарной авиации.

Многие показатели здоровья населения тесно связаны с особенностями рельефа, климата, качеством геологической среды, загрязнением воздушного бассейна, питьевой воды, химическим и микроэлементным составом почв.

Республика Алтай относится к регионам с особыми природно-климатическими условиями. Для рельефа Горного Алтая характерны значительные колебания в разных частях территории от низкогогорья до высокогорья, сочетание горных хребтов и обширных до-

лин. Для современного Алтая характерны тектонические движения, вызывающие землетрясения различной силы. Горный Алтай относится к зоне 6-8-бальных землетрясений и стоит в одном ряду с Кавказом.

В регионе выражен резко континентальный климат, от избыточно-влажного в низкогорье (г. Горно-Алтайск, Майминский район) и части среднегорья (Чойском, Турочакском и Шебалинском районах) до резко континентального сухого и холодного с низкими среднегодовыми температурами в Кош-Агачском и Улаганском районах. Среднегодовая температура в низкогорных и среднегорных районах республики характеризуется положительным балансом. В высокогорных районах (Улаганский и Кош-Агачский) среднегодовая температура ниже 0 градусов по Цельсию. Эти два района по своим природно-климатическим условиям приравниваются к районам Крайнего Севера.

Большое влияние на местные температуры оказывает рельеф. Самые низкие температуры регистрируются в замкнутых котловинах, где воздух выхолаживается и застаивается из-за отсутствия ветров. Наиболее холодные районы расположены на юго-востоке Горного Алтая, полюсом холода является Чуйская котловина, где в отдельные годы в январе абсолютный минимум температур составляет – 62 градуса по Цельсию. На большей части среднегорья и низкогорья зимы менее суровы, средние температуры составляют – 12-16 градусов.

Для летнего периода характерна относительно частая смена погоды. Высокие температуры поддерживаются интенсивным поступлением солнечной радиации и проникновением теплого воздуха со стороны Казахстана и Средней Азии. Влияние холодного арктического воздуха нередко ощущается и летом в виде резкого падения температуры, летних снегопадов на перевалах и вершинах горных хребтов. Система горных хребтов оказывает влияние на перенос воздушных масс. На севере и западе они препятствуют свободному передвижению воздуха, выступая в виде барьеров, способствующих обострению циклонической деятельности. Это сопровождается интенсивными осадками, особенно летом.

Осадки приносятся в основном северо-западными воздушными массами. Среднее годовое количество осадков на территории региона колеблется от 100-200 до 1500-2500мм.

В горах на организм человека воздействует целый комплекс метеорологических факторов: температура и влажность воздуха, пониженное барометрическое давление, ветренность, атмосферные осадки в виде дождя, снега и т.д. Организм людей, проживающих в условиях высокогорья, обладает рядом специфических физиологических особенностей: повышенным содержанием гемоглобина и эритроцитов крови, брадикардией, гипотонией, снижением накопления радиоактивного йода щитовидной железой.

По данным М.А. Алиева (1967 г.), пребывание больных, страдающих гипертонией, в условиях больших высот, где климатические факторы чрезвычайно неустойчивы, является нежелательным. В то же время в литературе встречаются данные о низкой заболеваемости атеросклерозом и смертности от него среди коренных жителей высокогорных территорий.

В Республике Алтай к антропогенным факторам можно отнести радиационное воздействие в период ядерных испытаний на Семипалатинском полигоне. Население республики подвергалось радиационному воздействию ядерных взрывов в период 1949-1962 гг. Всего за данный период времени проведено 124 атмосферных испытания, из которых 26 наземных, остальные были произведены на разной высоте [Чичиндаев А.В., 1995]. При этом в стратосферу было выброшено около 45 млн. кюри долгоживущих радионуклидов стронция – 90 и цезия – 137. В период с 1962 по 1991 год выполнено 344 подземных испытательных взрывов, дополнительный выброс радионуклидов составил 40 млн. кюри.

Установлено, что ядерные взрывы, проводившиеся на Семипалатинском полигоне, сопровождались локальными выпадениями радионуклидов на территории большинства районов республики [Мальгин М.А., 1994; Мешков Н.А. и соавт., 1994]. Превышение порогового значения имело место только в г. Горно-Алтайске и Усть-Коксинском районе, близко к пороговому облучение в Шебалинском районе. Максимальное значение накопленной дозы превышало пороговую величину в г. Горно-Алтайске и 5 районах республики. Мешков Н.А. и соавт. (1999) обращает внимание на тот факт, что изучение состояния репродуктивного здоровья женщин, проживающих на территории Республики Алтай в период ядерных испытаний на Семипалатинском полигоне, позволило выделить ассоциативные связи между дозой облучения и частотой неблагоприятных исходов беременности.

Южные районы РА территориально приближены к границам ныне действующего китайского полигона Лобнор, что является дополнительным фактором, воздействующим на окружающую среду в Горном Алтае.

Промышленные источники загрязнения окружающей среды в регионе отсутствуют. При этом на здоровье населения влияют отходы агропромышленного комплекса, животноводства, бытовые отходы, выбросы котельных и ТЭЦ, а также автомобильный транспорт. Суммарные источники выбросов от всех источников загрязнения Республики Алтай в 2001 году составили 16,88 тыс. тонн, что на 8 % больше по сравнению с 2000 годом.

С 1994 года в республике наблюдается заметное снижение выбросов загрязняющих веществ в атмосферный воздух. Это вызвано, в основном, спадом производства, остановкой ряда предприятий и, частично, установкой оборудования для очистки дымовых газов на котельных.

В сельских районах республики исследование загрязнения атмосферного воздуха никогда не проводилось. Основными источниками загрязнения воздушного бассейна на селе являются домовые топки, где используются преимущественно дрова.

Территория Горного Алтая в течение многих лет подвергалась также и влиянию трансграничных переносов техногенных выбросов из соседних регионов с высокоразвитой горнодобывающей, химической и металлургической промышленностью. Вблизи РА в Восточном Казахстане и Кемеровской области расположены мощные промышленные и горнодобывающие производства. Их близость к территории республики и господствующее направление воздуха в сторону Горного Алтая создает возможность для трансграничного переноса вредных химических веществ с воздушными массами.

Радиоэкологическая обстановка на значительной территории РА является напряженной по радону. При обследовании населенных пунктов отмечено трех-пятикратное и более превышение ПДК радона в атмосфере жилых и общественных помещений г. Горно-Алтайска, ряда сел Майминского, Турочакского, Чойского и других районов. По данным Робертуса Ю.В. и Кац В.Е. (1998) около половины населения республики проживает на территории, неблагоприятной по радону.

Содержание тяжелых металлов в почвах Республики Алтай согласно исследованиям некоторых авторов [Мешков Н.А., 1997] существенно не отличается от аналогичных показателей в Западной Сибири. В то же время регистрируется высокая концентрация свинца, цинка, магния, никеля, хрома. В Горном Алтае имеется несколько аномальных биогеохимических зон с высоким содержанием ртути и сопутствующих ей токсических элементов. Разработка месторождений ртути, золота и полиметаллических руд приводит к образованию очагов загрязнения среды солями тяжелых металлов. Большое влияние на состояние здоровья населения является загрязнение почвы такими веществами, как хром, никель и бериллий [Мешков Н.А. и соавт., 1994]. В Усть-Канском, Кош-Агачском и Улаганском районах уровень ртути в почвах выше среднего содержания, что обусловлено наличием ртутных месторождений в п. Акташ, с. Чаган-Узун, с.Козуль. На территории Акташского рудника содержание ртути в почве составляет 0,5 ПДК, а в донных отложениях до 30 ПДК.

Большинство исследований указывает на существенное воздействие вышеуказанных факторов на состояние здоровья населения [Бейм А.М. и соавт., 1989; Гильденскиольд Р.С. и соавт., 1992; Даутов Ф.Ф., Яруллин И.И., 1993; Мешков и соавт., 1999 и др.]. Трахтенберг И.М. и Коршун М.Н. (1990) отмечают, что среди лиц, проживающих в районе добычи и переработки ртутной руды, выявлен более высокий уровень общей заболеваемости. Кроме того, для данного района более характерен высокий процент заболеваемости кариесом и эндемическим зобом. Месторождения ртути являются источником загрязнения почвенного покрова таким токсичным элементом, как кадмий. Содержание кадмия в 2 раза превышает ПДК над месторождениями ртути.

Наиболее загрязненные металлами почвы наблюдаются в Кош-Агачском и Улаганском районах, на втором месте – Онгудайский, Усть-Канский, Усть-Коксинский районы.

Доказательством того, что в регионе отмечается неблагоприятная ситуация по загрязнению окружающей среды тяжелыми металлами, являются положительные пробы местных продуктов питания на эти элементы. Так, по данным Сухорукова Ф.В. и соавт. (1992), в печени овец отмечалось превышение по меди в среднем в 6-16 раз, в сыре местного производства по свинцу в 3 раза. По результатам исследования Сыевой С.Я. и соавт. (1995), тяжелые ме-

таллы свинец и кадмий были найдены в колбасе, произведенной в Усть-Коксинском районе. При этом превышение ПДК по свинцу составило в 3,7 раза, по кадмию - 18,6 раза.

Гильденскиольд Р.С. и соавт. (1992) обращают внимание на то, что поступление токсичных химических веществ в сочетании с суровыми климатическими условиями, вызывает рост заболеваемости острыми и хроническими болезнями, нарушение репродуктивной функции у женщин, появление врожденных аномалий у детей.

Экологическая напряженность на территории Горного Алтая определяется также последствиями ракетно-космической деятельности, проводимой в рамках Федеральной космической программы и по международным космическим проектам и, кроме того, деятельностью полигона Министерства обороны для испытаний и ликвидации межконтинентальных баллистических ракет, занимающего значительную площадь на юго-востоке республики [Власов М.Н., Кричевский С.В., 1999]. В настоящее время на территории республики располагаются 3 района падения отделяющихся вторых ступеней ракет-носителей, запускаемых с космодрома Байконур. В результате отделения вторых ступеней ракет происходит частичное загрязнение почвы диметилгидразином (гептилом) и на территориях, прилегающих к данным районам. В период с 1972 по 1993 год в районе проведено 23 пуска ракет-носителей типа «Протон», компонентами топлива которого является гидразинное горючее и азотный окислитель. Диметилгидразин относится к высокотоксичным веществам 1-го класса опасности, обладает общетоксическим и кожно-раздражающим действием. Кроме того, дает отдаленные эффекты – канцерогенный, мутагенный, гонадо- и эмбриотоксический [Власов М.Н., Кричевский С.В., 1999].

Воды обследованных поверхностных водоисточников республики соответствуют требованиям ГОСТ «Вода питьевая». В то же время в поверхностных водах некоторых рек [Джазатор, Башкаус, Кан] концентрация тяжелых металлов в 2 и более раз превышает фоновые значения. Высокое содержание магния (1-3 ПДК) в водах реки Катунь и Чуи является специфичным для Горного Алтая.

Городское население и жители районных центров в основном пользуются водопроводной и колодезной водой. Сельские жители в основном пользуются водой из открытых водоисточников. Так в Кош-Агачском, Улаганском, Усть-Коксинском районах 70-80% населения потребляют воду из открытых водоисточников. При исследовании

довании поверхностных вод в Майминском, Турочакском, Кош-Агачском, Онгудайском и Усть-Канском районах отмечено превышение содержания никеля, хрома и бериллия по сравнению с среднереспубликанским показателем. В Турочакском и Усть-Канском районах в связи с загрязнением подземных вод население подвергается потенциальной канцерогенной опасности при употреблении воды как из поверхностных, так и подземных водоисточников.

В рационе питания как городского, так и сельского населения, имеется дефицит жизненно важных пищевых компонентов: витаминов, пищевых волокон, микроэлементов и др. На низком уровне находится потребление мяса, растительного масла, овощей и фруктов. По объему потребления основных продуктов питания наихудшее положение занимают районы, приравненные к северным территориям: Кош-Агачский и Улаганский. Суровые природно-климатические условия не позволяют получать биологически ценные продукты питания за счет их выращивания на приусадебных участках.

В целом по показателям техногенного загрязнения Республика Алтай относится к территориям с удовлетворительными экологическими характеристиками. Вместе с тем сочетанное воздействие природных и техногенных факторов риска оказывает неблагоприятное воздействие на здоровье населения этого региона.

Природно-климатические факторы (суровый климат, высокогорье) и неблагоприятные условия жизни, прежде всего неполноценное питание, способствуют снижению иммунной резистентности организма, его адаптационных возможностей, что также сказывается на состоянии здоровья населения Республики Алтай.

С учетом всех экологических составляющих: особенностей рельефа, климата, качества геологической среды, а также загрязнения солями тяжелых металлов, радионуклидами, компонентами ракетного топлива – было проведено зонирование территории республики по степени благополучия окружающей среды для проживания населения [Кац В.Е., Винокурова Г.А., Достовалова М.С. и др., 1998]. В благоприятной и относительно благоприятной зонах оказались Майминский, север Турочакского, Чемальского и Шебалинского районов, центральная часть Усть-Коксинского района. К неблагоприятной зоне отнесены северо-запад Усть-Канского и большая часть Кош-Агачского, Улаганского районов.



## **2.2. Историко-этнографические особенности народов, проживающих на территории Горного Алтая**

История здравоохранения Горного Алтая является слабо изученной областью, вместе с тем, имеющиеся сведения позволяют использовать положительный опыт управления здравоохранением в работе ЛПУ республики и в настоящее время.

По данным архива в 1875 г. в Улале (ныне Горно-Алтайск) были построены двухэтажный дом для больницы, детский приюта и дом фельдшера. При больнице существовал приемный покой амбулаторного типа с аптекой.

Формирование системы здравоохранения Горного Алтая началось в первые годы XX века. По данным, опубликованным в журнале «Жизнь Сибири» (1923 г.), на его территории в 1914 г. работало только 2 врача и 11 средних медработников. Свой вклад в оказание медицинской помощи алтайскому населению внесли миссионеры. Алтайская духовная миссия, основанная в 1928 году, была одной из старейших в Сибири. Среди миссионеров были учителя, толмачи и фельдшера. Одним из первых в Сибири медицинскую помощь стал оказывать основатель и руководитель духовной миссии архимандрит Макарий (Глухарев), который ежегодно вместе с фельдшером выезжал для «обозрения станов», оказывая помощь нуждающимся, крещеным и некрещеным, собственноручно проводил прививки против оспы. «Отсутствие медицинской помощи заставляло миссионеров делать все возможное. Конечно, помощь ничтожна, но все-таки лучше, чем ничего», – отмечалось в отчете духовной миссии.

Ежегодно во время объезда территории вместе с начальником миссии выезжал и фельдшер для оказания медицинской помощи нуждающимся.

На весь Горный Алтай в начале 20 века действовал один врачебный участок в с.Улала с 20 койками. В селах Чемал, Онгудай, Чергачак в 1901 году работал выездной отряд окулистов, организованный на средства Петербургского добровольного общества попечительства слепых.

Помощь, оказываемая российским правительством, была эпизодической и недостаточной. По данным отчета Алтайского подотдела Западно-Сибирского отделения русского географического общества за 1903 год, ассигнования, выделяемые на нужды здраво-

охранения, составляли лишь от 0,04 до 2 копеек на душу населения, что в 45 раз меньше, чем по России в целом. Это вело к постепенному вымиранию населения Горного Алтая, смертность которого в 1913 г. составила в среднем 30,2 на 1000 населения.

По данным Н.М. Ядринцева во многом сама культура способствовала росту заболеваемости в национальных окраинах: «Множество исторических данных свидетельствуют, как безутешен был быт инородцев, сколько несчастий окружало их, какие потери они несли при заболеваниях, какие эпидемии губили целые племена». В своих выводах Н.М. Ядринцев основывался на свидетельствах ученых и путешественников Гмелина, Миллера, Георги и других, которые отмечали, что алтайцы никогда не пользовались мылом и полотенцем. При этом лицо и руки мыли каждый день, обсушивая затем над огнем.

Некоторая обрядовая практика, в том числе обычай предлагать при курении свою трубку гостю, способствовало распространению венерических заболеваний и туберкулеза.

В то же время анализ обрядов, связанных с родами (окуривание можжевельником, обращение с пуповиной, последом, вещами, которыми роженица пользовалась при родах, обязательные подарки новорожденному и отрезание первых волос), во многом соответствует сегодняшним правилам медицины.

Много веков алтайский народ, связанный невидимыми нитями с природой, использует ее дары с лечебной целью. В условиях недостаточной обеспеченности медицинскими работниками, население пользовалось при лечении различных заболеваний народными методами: минеральными водами, водами соленых источников, отварами из трав, порошками из минералов, растительными, животными маслами, пантами молодых оленей, мумием и т.д. Так при простудных заболеваниях делали согревающие компрессы из топленого коровьего масла, им же смазывали обожженное место. Медвежьим жиром смазывали суставы при параличе. Топленый медвежий жир пили при легочных заболеваниях и смазывали грудную клетку барсучьим салом. Кроме того, было распространено лечение внутренностями домашних животных и камлание. При всех недостатках, методы национальной медицины обеспечивали относительно надежную защиту от некоторых заболеваний.

Из лечебных средств народной медицины главное место занимали физиотерапия, прогревание в бане, печи, горячим песком,

массаж, обливание холодной водой, прижигание. Эти процедуры сопровождались молитвами и наговорами.

С большим почтением алтайцы относятся к деревьям, кустарникам, травам, цветам. Траволечение стоит на особом месте среди средств врачевания. Самым священным из растений является можжевельник (арчын), с ним связано много легенд и преданий. В современной практике сохраняется способ окуривания помещений дымом можжевельника в период эпидемий гриппа, употребление настойки из можжевельника при простудных заболеваниях. Не менее полезным считаются золотой корень, чабрец, зверобой, бадан, чага, дикий ревень и т.д.

В основе лечения народными методами лежат эмпирические знания и многовековой опыт народа, что и определило их актуальность и жизнестойкость до сегодняшнего дня.

Необходимо отметить положительную роль народных врачей (знахарей, шаманов, костоправов) в условиях недостаточности медицинских работников в Горном Алтае.

Если рассмотреть народную медицину с позиций «ее времени», то она была вполне рациональной. Так завертывание в шкуру ягненка новорожденного ребенка связано с тем, что в шерсти овцы содержатся противогрибковые и бактерицидные вещества. В камланиях, коллективных празднествах можно увидеть элементы психотерапии. Крики, выстрелы из ружья при родах – не только пугают духов, но и снимают напряжение у родственников, окуривание можжевельником юрты создают психологическую защиту от зла, тревоги и страха. В результате различных ритуальных действий возникает психотерапевтическая компенсация. Таким образом, народная медицина обеспечивала устойчивость этноса, отвечая основным нуждам населения.

По данным Л.В. Островской, в начале прошлого века «медобслуживание сельского населения России характеризуется резким недостатком квалифицированных медицинских кадров, и это особенно относится к Сибири, в виду отсутствия там земских лечебных учреждений». Особое место в системе народной медицины занимали знахари, повитухи и шаманы. Их познания были действительно обширны. Считалось, что шаманы могли вызвать духов-врачевателей. Механизм воздействия связан, по данным многих авторов, с внушением или воздействием на психику пациента.

В постреволюционный период национальным окраинам уделялось пристальное внимание, так как коренное население особенно страдало от эпидемий из-за низкого уровня жизни, незнания элементарных гигиенических правил и отсутствия иммунитета к отдельным болезням.

В годы гражданской войны лишь в отдельных селах были организованы фельдшерские пункты и небольшие больницы. В Горном Алтае в этот период было 2 врачебных участка в Улале и Онгудае, и только на одном из них работал врач. Согласно архивным данным, Улалинский врачебный участок обслуживал площадь в 4570 кв. верст, на которой проживали 6531 человек. На данном участке было лишь 6 больничных коек и его работники должны были оказывать медицинскую помощь в радиусе 120 верст. Онгудайский врачебный участок, точнее фельдшерский пункт, имел 8 коек и обслуживал площадь в 6511 кв. верст с населением 11767 человек в радиусе 128 верст. В 1918г. дополнительно открылся фельдшерский пункт в Уймоне и в 1920 г. в Чемале.

Как и по всей стране, в национальных окраинах Сибири эпидемии холеры, тифа и оспы охватывали большинство территорий, заболевания становились массовыми. В связи с этим в Горном Алтае работали передвижные эпидемические отряды, которые проводили обследование населения и оказание медицинской помощи. Для них была разработана специальная инструкция для работы в национальных окраинах. Проводилась культурно-просветительная работа с населением, очищались усадьбы и прилегающие к ним территории от мусора, проводилось мытье домов, рылись каналы для стока воды, была организована бесплатная раздача пищи. В районы массовых заболеваний направлялись медицинские отряды с медикаментами и спецоборудованием. По сравнению с дореволюционным уровнем это был определенный шаг вперед. В начале 20-х годов были заложены основные предпосылки для формирования системы здравоохранения. К этому времени в регионе уже было 6 врачей и 18 средних медицинских работников.

В 20-30-е годы основными задачами были: подготовка квалифицированных медработников, закрепление их на селе, формирование национальных кадров медиков, а также организация санитарно-гигиенических служб. Важно, что в начале 20-х гг. в сфере здравоохранения пытались учитывать национальные традиции и специфику региона. Так, структура медицинского обслуживания подчиня-

лась ритму жизни кочевников, использовались в связи с этим передвижные и стационарные формы работы.

Передвижные формы были необходимы потому, что коренное население вело кочевой и полукочевой образ жизни и при низкой плотности населения, проживающего в труднодоступной горной местности, были необходимы передвижные медицинские отряды, школы-передвижки, курсы-передвижки и юрты-передвижки. В течение года последние охватывали более 300 человек, передвигаясь по определенному маршруту, используя в работе наглядный материал и технические средства (диафильмы, кинокартины, газеты и т.д.). Среди работников юрт-передвижек были учителя, медработники, зоотехник, инструктор. При отсутствии достаточной сети медицинских учреждений их использование было наиболее целесообразно. Для работы среди женщин-алтаек были созданы кочующие делегатские собрания, занимающиеся просвещением, в том числе санитарным. Одним из важнейших массовых просветительных учреждений являлись избы-читальни, при которых создавались различные кружки под руководством учителей, медицинских работников, агрономов и других представителей интеллигенции.

В области действовала передвижная женская консультация, которая оказывала практическую помощь и вела медицинскую пропаганду. Врачебный осмотр выявлял больных, назначалось лечение, проводилась профилактика заболеваний. Особенно сложным был вопрос, связанный с отсутствием родильных домов. Передвижная женская консультация в своем отчете в 1929 году отмечала: «Отсутствие родпомощи уносит много женщин. Точно установить число погибших трудно».

В послереволюционный период в национальных окраинах свирепствовали трахома, туберкулез, венерические заболевания. В некоторых селах до 70 % населения были поражены трахомой. В районы массовых заболеваний направлялись передвижные медицинские отряды с медикаментами и оборудованием. Так согласно рапорту в 1930 году: «Медицинские работники области поставлены на стражу здоровья советского человека. За 1929-1930 годы медицинские работники обслужили население 15 урочищ, сделали 23 бригадных выезда, осмотрели 2000 человек. Прочитано 40 лекций, 3 выступления по радиопередвижке, организовано 5 кружков скорой помощи, сделано противотифозных прививок – 3200, противооспенных – 1020». Кроме того, действовала передвижная медицин-

ская комиссия, занимавшаяся обследованием условий жизни коренного населения.

Таким образом, в начале 30-х годов были созданы предпосылки для формирования здравоохранения Горного Алтая и приняты меры по ликвидации эпидемических заболеваний.

На III Сибирском Съезде здравоохранения наркомом здравоохранения Н.А. Семашко было отмечено тяжелое положение сельской медицины. Так согласно архивным данным, в 1924 г. на 9 районов в Ойротии (ныне Республика Алтай) было 7 больниц на 96 коек, одна амбулатория, 7 фельдшерских и 5 врачебных участков.

На I съезде работников здравоохранения Сибири, состоявшемся в г. Томске в 1926 г., было уделено большое внимание строительству сельских медицинских учреждений, учреждений материнства и детства, санитарной сети. При этом строительство зданий планировалось с национальных окраин.

В 1928г. в Ойротской области функционировало 33 стационарных лечебных учреждения, в том числе в Улале – 7 (областная больница с 3 отделениями, амбулатория, туберкулезный диспансер, консультация, ясли, больница при доме заключенных). В районах работало 7 врачебных участков, 4 фельдшерских пункта, 2 консультации, 12 яслей.

В марте 1927 г. Пленум Ойротского областной организации ВКП (б) поставил задачу подготовки кадров «кочующих» врачей и фельдшеров для приближения профилактики и лечения кочевому населению.

В конце 20-х годов начались проблемы в связи с насильственной коллективизацией и массовым переводом кочующих народов на оседлый образ жизни. Создание медицинских участков осуществлялось только в местах интенсивного колхозного строительства. Таким образом, полностью были проигнорированы специфика и национальные особенности коренного населения Горного Алтая. С переходом к оседлости важное значение приобрели Дома-алтайки, зародившиеся в 1929 г., где в течение трех месяцев женщин обучали азбучной грамотности, правилам ведения домашнего хозяйства, уходу за детьми, соблюдению санитарно-гигиенических норм. Так только в 1932 г. в них прошло обучение 962 человека.

В начале 30-х годов в Горном Алтае организована работа городской амбулатории, больницы на 50 коек, инфекционный барак на 20 коек, 9 врачебных участков, из них 5 в национальных районах,

16 фельдшерских пунктов, в том числе 5 в районах. С появлением санитарных врачей начата работа по санитарному просвещению и профилактике заболеваний.

В 1935-1936 гг. был принят ряд Постановлений, направленных на улучшение медицинского обслуживания на селе, об увеличении ассигнований на здравоохранение, о подготовке медицинских работников, об укреплении сельских врачебных участков. Подготовка кадров осуществлялась на местных курсах, в медицинских институтах, школах и техникумах.

В 40-х годах приоритетным направлением становится общедоступность бесплатной квалифицированной медицинской помощи. Это было достигнуто расширением лечебных заведений и направлением медицинских отрядов в отдаленные колхозы и на стоянки. В то же время не были решены проблемы подготовки национальных кадров, доступности специализированной медицинской помощи, оставалась слабой материально-техническая база учреждений здравоохранения. В связи с переводом большинства кочевого населения на оседлый образ жизни, произошел отказ от передвижных форм медицинского обслуживания.

В конце 40-х годов в Горном Алтае была значительно укреплена материально-техническая база лечебно-профилактических учреждений, появились национальные кадры медицинских работников. По данным А.П. Потапова, к юбилейной дате, 25-летию Горно-Алтайской автономной области, в ней работало 24 больницы, поликлиника, 23 амбулатории, 5 диспансеров, 36 фельдшерских пунктов, 7 пунктов спецназначения, 4 зубопротезных кабинета, рентгеновский кабинет и т.д. В распоряжении областного и аймачных отделов здравоохранения имеются санитарный самолет и санитарный транспорт. За 25 лет существования области бюджет по здравоохранению увеличился в 208 раз и был выражен десятками миллионов рублей.

Из года в год росли ассигнования Советского государства на здравоохранение, создавалась массовая сеть ЛПУ, оснащенных новейшим медицинским оборудованием и укомплектованных медицинскими кадрами. Если до революции на Алтае на 20 тыс. жителей приходился 1 врач, то в 1967 году – 26. Обеспеченность больничными койками на 10 тыс. населения возросла с 2 в 1913 г. до 92 в 1967 г. Если в 1913 г. расходы по здравоохранению на 1 жителя составляли 69 коп., в 1957 г. – почти 11 руб., то в 1966 г. – более 22

руб. В 1967 году в Горно-Алтайской области насчитывалось 253 учреждений здравоохранения, в том числе 34 больницы с 1852 койками. Открыты десятки ФАПов, постоянных детских яслей, детских садов. Число медицинских работников возросло по сравнению с 1922 годом в 54 раза. В связи с проводимыми преобразованиями отрасли в конце XX-начале XXI века численность медицинских работников значительно увеличилась, что позволило поднять на более высокий уровень качество оказания медицинской помощи населению региона.

### 2.3. Современное здравоохранение Республики Алтай

Целесообразность проводимых преобразования определяется адекватностью принимаемых мер реально существующей ситуации, стоящей перед отраслью целью и задачами, ее возможностями и особенностью условий, в которых они осуществляются.

Таблица 2.1

Удаленности сельского населения от районных и республиканских лечебно-профилактических учреждений

№ п/п	Численность населения в населенном пункте	Количество населенных пунктов									
		Расстояние до ЦРБ (км)					Расстояние до республиканских ЛПУ (км)				
		До 10	11-30	31- 50	Более50	Всего	До 100	101 - 200	201 - 400	Более 400	Всего
1.	До 100 чел.	2	30	14	6	52	15	21	6	10	52
2.	101 – 250 чел.	5	23	12	9	49	4	21	16	8	49
3.	251 – 500 чел.	8	22	16	13	59	14	14	18	14	60
4.	501 – 700 чел.	7	7	9	4	27	4	10	6	6	26
5.	Более 700 чел	4	21	8	11	54	3	10	13	18	54
Итого:		26	103	59	43	231	40	76	59	56	231

Одной из таких особенностей региона является проживание людей в труднодоступных населенных пунктах, значительно уда-



ленных от районных и республиканского центров, отсутствие железнодорожных путей сообщения и мощных автомобильных магистралей. Районные центры связаны с Горно-Алтайском (республиканским центром) современными автомагистралями, в то время как дороги, связывающие их с некоторыми сельскими населенными пунктами, находятся в неудовлетворительном состоянии. Часть деревень не имеют регулярного автобусного сообщения с районными центрами, что в значительной мере снижает доступность медицинской помощи для сельского населения.

В состав республики входит одиннадцати территориально-административных образованиях (рис. 2.1).



Рис. 2.1. Карта Республики Алтай.

Условные обозначения: 1 – Майминский район; 2 – Чойский район; 3 – Турочакский район; 4 – Шебалинский район; 5 – Чемальский

район; 6 – Усть-Канский район; 7 – Онгудайский район; 8 – Улаганский район; 9 – Усть-Коксинский район; 10 – Кош-Агачский район.

Из 231 населенных пункта (кроме районных центров) в 52 (22,5 %) численность населения не превышает 100 человек (табл. 2.1), в т.ч. в 24 (10,4 %) из них проживает до 25 человек, в 12 (5,2 %) от 26 до 50 жителей, в 16 (6,9 %) – от 51 до 100. Численность проживающих от 101 до 250 в 49 населенных пунктах (21,3 %). В общей сложности количество малочисленных населенных пунктов (до 250 человек) составляет 43,8 %. Только в 19,0 % сел (44) численность населения превышает 700 человек. На расстоянии до 10 км от районных центров находятся 11,3 (26) населенных пунктов и только 6 из них до 5 км, т.е. не превышающем пешеходную доступность. Подавляющее большинство сел (88,7 %) удалены от ЦРБ более чем на 11 км, в т.ч. 44,2 % более чем на 30 км, а 18,6 % свыше 50 км (табл. 2.1).

Имеют автобусное сообщение с районными центрами 165 (71,4 %) из 231 сельских населенных пунктов, а в 66 (28,6 %) оно отсутствует.

На расстоянии менее 100 км от республиканского центра находится только 17,3 % населенных пунктов, от 101 до 200 км – 32,9 %, почти четверть (25,5 %) удалены от него на 200-400 км, 24,2 % – более 400 км.

Из районных центров только с. Майма является по сути пригородом Горно-Алтайска, с. Чоя удалено на 67 км. Более чем 100 км отделяют от республиканского центра сс. Чемал (105), Турочак (141) и Шебалино (121). Превышает 200 км расстояние до сс. Онгудай (209) и Усть-Кан (281), а три райцентра удалены от Горно-Алтайска более чем на 400 км: с. Усть-Кокса (421), с. Улаган (422), с. Кош-Агач (465).

В связи с вышеизложенным, повышается ответственность фельдшеров ФАП, персонала УБ и СВА, в т.ч. за оказание неотложной медицинской помощи, проведение профилактических мероприятий, т.к. они наиболее приближены к населению, к ним чаще обращаются люди, как по поводу заболеваний, так и с профилактической целью.

Учитывая удаленность ЦРБ от республиканского центра, большое значение приобретает квалификация врачей в них, т.к. они порой вынуждены оказывать те виды медицинской помощи, осо-

бенно при неотложных состояниях, которые в обычных условиях выполняются в крупных, многопрофильных больницах.

В весенне-зимние периоды года во время паводков, снегопадов и метелей населенные пункты, а иногда целые районы остаются практически отрезанными от центральных районных больниц и республиканских ЛПУ, в результате чего жителям становится недоступной квалифицированная и специализированная медицинская помощь. В эти периоды связь с ними поддерживается посредством санитарной авиации.

Организация и оказание медицинской помощи жителям сельской местности в регионе занимают одно из ведущих направлений деятельности Правительства РА, а также органов и учреждений здравоохранения республики, из 204,5 тыс. человек, проживающих в республике, 151,4 тыс. – жители села, в том числе в районных центрах проживают 55,2 тысячи человек (36,5 % сельского населения). Детей до 14 лет – 45,1 тысячи человек или 22 % от общей численности населения республики.

Особенностями сельского здравоохранения являются: многоэтапность в оказании медицинской помощи – от ФАПа до республиканских ЛПУ, территориальная удаленность медицинских учреждений, ведущая роль амбулаторно-поликлинического звена в общей структуре учреждений здравоохранения. Средняя численность населения, проживающего в сельском населенном пункте, составляет 500-600 человек.

Медицинская помощь населению, проживающему в сельской местности, оказывается в 10 центральных районных и 15 участковых больницах, 26 сельских врачебных амбулаториях, 155 фельдшерско-акушерских пунктах и 19 республиканских ЛПУ, в т.ч. республиканская больница, республиканская детская больница, республиканские центры медицины катастроф, по борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями, 6 республиканских диспансеров (наркологический, врачебно-физкультурный, кожно-венерологический, противотуберкулезный, эндокринологический, офтальмологический).

Средняя мощность стационаров ЦРБ составляет 100-120 коек, поликлинических отделений – 150-200 посещений в смену. Примерная структура коечного фонда ЦРБ включает: терапевтического профиля – 25 %, хирургического профиля – 18 %, акушерско-

гинекологического профиля – 19 %, педиатрического профиля – 16 %, инфекционного профиля – 8 %.

Во всех поликлинических отделениях, в т.ч. и в ЦРБ, ведется прием по терапии, хирургии, педиатрии, акушерству-гинекологии, стоматологии, отоларингологии, фтизиатрии, невропатологии, инфекционным болезням, офтальмологии, наркологии, психиатрии, дерматовенерологии, проводятся рентгенологические и лабораторные исследования, ультразвуковая диагностика, эндоскопические исследования, электрокардиография и функциональная диагностика.

Материально-техническая база сельских ЛПУ нуждается в укреплении в связи с тем, что 3 % зданий построены до 1940 года, 17 % до 1960 года, 58 % до 1980 года, 22 % до 2006 года. 20 % из них построены по типовому проекту, 20 % по индивидуальному проекту, 60 % расположены в приспособленных помещениях.

Большинство учреждений сельского здравоохранения функционируют в условиях значительного переуплотнения, обусловленного дефицитом площадей. Все это препятствует организации полноценного лечебно-диагностического процесса и ведет к нарушениям санитарно-гигиенических требований.

Доврачебная медицинская помощь сельским жителям республики оказывается на 155 ФАПах. В среднем в районе количество их колеблется от 10 до 18. Численность сельских жителей, обслуживаемых ФАПами, составляет около 56,2 тыс. человек или около 37 % от общей численности проживающих в сельской местности. Они развернуты практически во всех сельских населенных пунктах республики, независимо от численности населения, и обслуживают от 16 до 700 и более жителей (при средней численности обслуживаемого одним ФАПом населения около 350 человек). На ФАПах работают 206 средних медицинских работников, в т.ч. 103 фельдшера.

Таким образом, в сельском здравоохранении республики имеется достаточно разветвленная сеть медицинских учреждений, оказывающих первичную, квалифицированную и специализированную медицинскую помощь.

В Республике Алтай открыты 14 общих врачебных практик, из них 1 в г. Горно-Алтайске, остальные в сельской местности. За период с 2001 по 2006 годы количество общих врачебных практик увеличилось с 3 до 14.

Каждая общеврачебная практика за счет средств республиканского бюджета оснащена необходимым оборудованием, врачи прошли обучение на кафедрах семейной медицины Алтайского государственного медицинского университета и Новокузнецкого государственного института усовершенствования врачей.

Проводится перепрофилирование малоэффективных лечебных учреждений, совершенствование методов оказания медицинской помощи в ЛПУ на основе внедрения современных медицинских и организационных технологий. Так, коечная мощность сельских участковых больниц уменьшилась по сравнению с 1995 более чем в 2 раза.

На смену дорогостоящему стационарному лечению с круглосуточным пребыванием последовательно приходят прогрессивные ресурсосберегающие, стационарзамещающие технологии, такие как дневной стационар, стационар на дому.

Все более острой становится проблема кадров в сельских ЛПУ. Обеспеченность врачами на 10 тыс. населения в сельской местности составила 19,9 против 86,1 в городе, средним медперсоналом – 97,5 против 212,5 в городе. Соотношение врач/специалисты со средним медицинским образованием в целом по республике равно 1 : 3,4; на селе 1 : 4,9, а в городе 1 : 2,5.

Обеспеченность койками в целом по республике составляет 114,1 на 10000 населения (2006 г.), что превышает таковой показатель как в СФО (107,8 в 2006 г.), так и по России (96,4 в 2006 г.) и в 1,5-2,0 раза больше, чем в экономически развитых странах Европы и Америки.

Анализ работы стационарных отделений последних лет показал, что примерно 25-30 % коек заняты больными, которые могут получить необходимое лечение в амбулаторных условиях, а также людьми, нуждающимися лишь в уходе.

## **ГЛАВА 3. СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ АЛТАЙ И ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

Важнейшим факторами (условиями), определяющими формирование структуры здравоохранения, организацию ее функционирования, являются, наряду с уже ранее указанными: климато-географические особенности, плотность населения, удаленность мест проживания от районных и регионального центра, такие как, возрастно-половой состав и здоровье жителей республики и др.

### **3.1. Состояние здоровья населения**

Демографические процессы, происходящие в Российской Федерации, длительное время характеризовались низкой рождаемостью, высокой общей смертностью и убылью населения. Они приобрели характер и масштабы, угрожающие национальной безопасности страны, что и обусловило внимание к этой проблеме, важнейшей в обеспечении социально-экономического благополучия России.

Медико-демографическая ситуация в РА в целом повторяет процессы, происходящие в России. В 1940-50-х годах рождаемость достигала 34-38 случаев на 1000 населения (‰), но в начале 60-х годов началось ее снижение, в результате чего к концу 60-х этот показатель снизился до 20 ‰. К концу 80-х годов рождаемость вновь повысилась до уровня 26,3 ‰, после чего начинается резкий спад ее, особенно заметный в 90-е годы. Наименьшее значение этот показатель имел в 1996 году – 13,2 ‰, а начиная с 1999 года, отмечается его стабильный рост (табл. 3.1).

Показатель рождаемости в 2010 году относительно 2000 года увеличился на 45,4 % – с 14,1 до 20,5 ‰, и имеет значение, на 64 % и 45 % превышающее данные по РФ (12,5 ‰) и СФО (14,1 ‰), соответственно (табл. 3.1).

Таблица 3.1

Основные показатели естественного движения населения  
Республики Алтай в 1995-2010 гг. (на 1000 населения)

Наименование показателя	Территория	Год наблюдения									
		1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2009	2010
Рождаемость	РА	14,0	14,1	14,8	15,8	16,7	17,2	17,3	16,6	20,3	20,5
	РФ	9,3	8,7	9,1	9,8	10,3	10,4	10,2	10,4	12,4	12,5
	СФО	9,9	9,5	10,0	10,7	11,3	11,6	10,2	11,6	14,0	14,1
Общая смертность	РА	12,8	12,9	14,0	15,0	15,5	14,8	15,6	13,8	11,9	12,2
	РФ	15,0	15,3	15,6	16,2	16,4	16,0	16,1	15,2	14,2	14,2
	СФО	14,1	14,6	14,9	15,8	16,2	15,9	16,5	15,1	13,9	14,2
Естественный прирост	РА	1,2	1,2	0,8	0,8	1,2	2,4	1,7	2,8	8,4	8,3
	РФ	-4,2	-4,9	-4,7	-4,8	-4,5	-4,3	-5,1	-4,8	-1,8	-1,7
	СФО	-5,7	-6,7	-6,5	-6,5	-6,2	-5,6	-5,9	-3,5	0,1	-0,1

Общая смертность, начиная с 50-х годов, постоянно снижалась и в конце 80-х годов стабилизировалась на уровне 8-10 случаев на 1000 населения. С конца 80-х – начала 90-х годов отмечался подъём данного показателя. При этом рост преждевременной смертности опережал общую, в сельской местности это было более выражено. Так, за период с 2000 года по 2010 год общая смертность в целом по РА уменьшилась с 12,9 до 12,2 ‰ (на 5,7 %). На этом фоне показатель преждевременной смертности населения РА вырос почти в 1,9 раза.

Лидирующее положение в структуре общей смертности занимают болезни системы кровообращения (БСК). Второе ранговое место прочно занимает смертность от внешних причин (травмы и отравления). Среди внешних причин смерти ведущее место занимают алкогольные отравления. По РФ аналогичный показатель в 2,9 раза и по СФО в 1,9 раза ниже, чем по РА. Растет количество самоубийств, смертность от дорожно-транспортных происшествий.

Среди причин общей смертности третье ранговое место занимают злокачественные новообразования. На четвертом месте – болезни органов дыхания.

Начиная с 1994 года, показатели рождаемости и смертности максимально приблизились друг к другу. При этом естественный прирост населения в РА, в отличие от Российской Федерации, в течение всего анализируемого периода имел положительное значение, но снизился с 24,0 ‰ (1960 г.) до 0,8 ‰ (2001-2002 гг.), в последние годы наблюдается рост данного показателя до 8,3 в 2010 году.

Заболеваемость – один из главных показателей оценки здоровья населения. Структура и уровень заболеваемости являются важнейшими составляющими комплексной оценки здоровья населения. Изучение заболеваемости необходимо для обоснования управленческих решений на федеральном, региональном и муниципальных уровнях управления. Анализ показателей заболеваемости способствует рациональному планированию, обеспечению и прогнозированию развития социального блока (медико-социальной помощи населению) региона, отрасли и отдельных предприятий, определение потребности в различных видах ресурсов. Показатели заболеваемости служат одним из важнейших показателей оценки качества работы организаций, оказывающих медико-социальную помощь населению, и системы охраны здоровья в целом.

Заболеваемость взрослого населения РА характеризуется тем, что как общая, так и первичная превышают аналогичные показатели по России, начиная с 1996 года, особенно это заметно в последние годы примерно на 10-15 %.

Указанные изменения могут быть обусловлены несколькими причинами: старением населения, последствиями ядерных испытаний на Семипалатинском полигоне, более сложной, чем в других регионах социально-экономической ситуацией и преобладанием сельского населения.

В структуре общей заболеваемости взрослого населения по основным классам болезней на: 1-м месте болезни системы кровообращения – 21 %; 2-м месте болезни органов дыхания – 11 %; 3-м месте болезни мочеполовой системы – 10 %.

Темпы прироста в последнее десятилетие особенно высоки по врожденным аномалиям, болезням костно-мышечной, мочеполовой систем, крови и кроветворных органов, инфекционным и паразитарным болезням, травмам и отравлениям. По остальным классам болезней наблюдается некоторая стабилизация.

Заболеваемость подростков (как первичная, так и общая) находится на уровне среднего значения по РФ, в то время как детская



заболеваемость заметно ниже российского показателя. В то же время необходимо отметить, что на селе заболеваемость подросткового населения несколько превышает показатели в городе, заболеваемость детского населения находится на одном уровне в городской и сельской местности.

Обращают на себя внимание социально обусловленные (опасные) заболевания. Общая заболеваемость туберкулезом в РА многие годы в среднем в 1,5 раза превышала показатель по РФ. И лишь с 2004 года наметилась тенденция к снижению этого показателя.

Первичная заболеваемость туберкулезом неуклонно росла вплоть до 2005 года, увеличение произошло по сравнению с 1995 годом почти в 2 раза (в РФ за этот же период – в 1,44 раза).

Алкогольная зависимость (общая заболеваемость) в РА всегда была выше, чем в целом по стране, вместе с тем, если в 1995 году разница между показателями составляла 23,4 %, то в 2006 – 28,2 %. Более заметна разница показателей первичной заболеваемости: в 1995 году она была выше, чем по РФ на 24,3 %, а в 2006 году на 36,5 %.

Несмотря на то, что наркотическая зависимость среди населения в РА, в начале текущего столетия ниже, чем в среднем по стране, тревогу вызывает заметный рост ее за предшествующее десятилетие.

Так, общая заболеваемость по данной нозологии в 2006 году по сравнению с 1995 годом возросла с 50,2 случая на 100 тыс. населения до 190,4 в 2004 г., т.е. в 3,79 раза, в последние 2 года отмечается снижение до 172,1.

Первичная заболеваемость наркотической зависимостью достигала своего максимума в 1998-2000 годах, в 2005 году была почти равна показателю 1995 г.

Сложная социально-экономическая ситуация в республике способствовала не только росту заболеваемости. Она не могла не отразиться на таком универсальном показателе, как ожидаемая продолжительность жизни (ОПЖ), которая, согласно статистическим данным, в течение последних лет заметно ниже, чем в среднем по Российской Федерации и Сибирскому федеральному округу (табл. 3.2).

В сравнении с показателями по РФ, в РА в среднем за представленный период исследования ожидаемая продолжительность

жизни короче более чем на 3,0 года, как среди мужчин, так и женщин.

В самой республике заметна разница между ожидаемой продолжительностью жизни жителей города и села.

Таблица 3.2

Ожидаемая продолжительность жизни в Республике Алтай,  
Российской Федерации и Сибирском федеральном округе  
(1991-2009 гг.)

Пол	Территория	Год наблюдения									
		1991	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
М и Ж	РА	65,5	62,3	61,3	60,2	61,1	60,4	62,5	64,33	65,20	65,8
	РФ	69,0	65,3	64,8	65,0	65,3	65,3	66,6	67,5	67,9	68,7
	СФО	68,6	64,0	63,4	63,2	63,3	62,8	64,6	65,7	66,2	67,0
М	РА	59,8	56,3	54,5	54,2	54,7	54,2	56,6	58,7	58,9	59,7
	РФ	63,5	58,9	58,5	58,8	58,9	58,9	60,4	61,4	61,8	62,8
	СФО	63,2	57,8	57,3	56,8	56,9	56,3	58,3	59,6	60,1	61,0
Ж	РА	71,0	69,3	69,3	67,0	68,7	66,6	68,9	70,3	71,8	72,4
	РФ	74,3	72,3	72,0	71,9	72,3	72,4	73,2	73,9	74,2	74,7
	СФО	73,9	71,0	70,5	70,3	70,5	69,5	71,5	72,3	72,7	73,2

**Условные обозначения:** М – мужчины, Ж – женщины

При этом как среди мужчин, так и женщин, проживающих в сельской местности, ожидаемая продолжительность жизни в среднем на 2,5-3,0 и более лет короче, чем у жителей города (табл. 3.3).

Примерно на один год в РА выше разница ОПЖ между мужчинами и женщинами, относительно данных по РФ, где она составляет немногим более 13 лет, в то время как в Республике Алтай превышает 14 лет.

Наибольшая разница ОПЖ между мужчинами и женщинами в Республике Алтай, как в городе, так и в сельской местности, отмечена в 2002 году, соответственно 14,4 и 14,8 года.

Таблица 3.3

Ожидаемая продолжительность жизни при рождении на территории Республики Алтай в зависимости от пола и места жительства (1991-2009 гг.)

Год	Все население			Городское население			Сельское население		
	М и Ж	М	Ж	М и Ж	М	Ж	М и Ж	М	Ж
1999	63,3	57,4	69,7	64,0	58,6	69,6	63,0	57,0	69,5
2000	63,2	56,7	70,5	65,7	59,8	71,7	62,3	55,7	70,0
2001	62,4	56,2	69,3	65,6	59,4	72,6	61,3	55,2	68,1
2002	61,3	54,5	69,3	63,4	56,6	71,0	60,5	53,8	68,6
2003	60,2	54,2	67,1	62,8	56,3	69,7	59,5	53,3	66,0
2004	61,1	54,7	68,7	63,6	56,7	71,2	60,1	53,7	67,6
2005	60,4	54,2	66,6	61,4	54,2	69,3	59,8	53,9	67,0
2006	62,5	56,6	68,9	63,3	57,2	70,1	61,9	56,3	58,2
2007	64,3	58,7	70,3	64,2	58,4	69,8	64,1	58,4	70,2
2008	65,2	58,9	71,8	66,0	58,7	73,0	64,7	59,0	71,4
2009	65,8	59,7	72,4	67,3	59,7	74,7	65,1	59,4	71,5

Условные обозначения: М – мужчины, Ж – женщины

### 3.2. Организация медицинской помощи в сельской местности

Оказание медицинской помощи населению республики осуществляется в соответствии с Законом Республики Алтай от 03.11.1999 № 14-8 «Об охране здоровья населения Республики Алтай» и строится в последние годы на основе программно-целевого планирования для более быстрого получения эффекта и рационального, целенаправленного использования средств отрасли.

На территории республики функционирует 15 республиканских целевых программ, из них 3 софинансируются из федерального бюджета, в т.ч. и целевая программа «Развитие и поддержка сельского здравоохранения в РА на 2004-2010 годы». Ее выполнение способствовало повышению доступности и улучшению качест-

ва оказания первичной медицинской помощи на селе вследствие укрепления материально-технической базы сельских ЛПУ и укомплектования медицинскими кадрами.

При Главе Республики Алтай действует межведомственная комиссия по охране здоровья населения. Среди широкого спектра рассмотренных вопросов особое внимание уделяется актуальным проблемам сельского здравоохранения.

Целостность здравоохранения обеспечивается формированием преемственности 4-уровневой системы оказания медицинской помощи населению: 1 уровень – ФАПы, 2 уровень – СВА и УБ, 3 уровень – ЦРБ, 4 уровень – республиканские учреждения здравоохранения (РУЗ). Указанная система сохранилась, несмотря на разделение ранее единого бюджета здравоохранения на государственный и муниципальные.

Таблица 3.4

Сеть медицинских учреждений Республики Алтай  
(1995-2006 гг.)

Наименование показателей	Год наблюдения							
	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Учреждений здравоохранения всего	275	263	263	254	254	254	247	235
Республиканские учреждения	17	18	18	18	18	18	18	19
Городские учреждения	5	5	5	5	5	5	5	6
Центральные районные больницы	10	10	10	10	10	10	10	10
Участковые больницы	18	15	15	15	15	15	15	15
Сельские врачебные амбулатории	27	29	28	28	28	28	27	26
ФАПы и ФП	177	170	169	160	160	160	156	155
Здравпункты	21	15	17	17	17	16	15	4

Сложившаяся численность обслуживаемого населения по РА: на ФАПе – от 200 до 500, СВА – от 500 до 1700, УБ – от 750 до 3500, ЦРБ – от 8 до 28 тыс. человек. По-нашему мнению, это явля-

ется оптимальным для регионов с низкой плотностью населения и труднодоступностью некоторых населенных пунктов.

Общее количество ЛПУ в республике составило в 2006 году 235, что на 40 (14,5 %) меньше, чем в 1995 году.

В основном сокращение произошло за счет ФАПов (22) в связи с сокращением передвижных ФАПов, укрупнением их и уменьшением численности населения в сельской местности и населенных пунктов. Количество здравпунктов сократилось на 17 в основном за счет закрытия предприятий или неспособности последних их содержать (табл. 3.4).

За анализируемый период (1995-2006 гг.) отмечена положительная динамика в обеспечении медицинскими кадрами ЛПУ республики. В последние годы количество врачей достигло 758 человек (табл. 3.5).

Таблица 3.5

Обеспеченность медицинскими кадрами (1995-2006 гг.)

Наименование показателей	Территория	Год наблюдения							
		1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Численность врачей всего (физ. лиц)	РА	571	658	661	674	707	721	724	758
Обеспеченность врачами (на 10000 нас.)	РА	28,7	32,2	32,5	32,9	34,5	35,5	35,5	37,1
	СФО	38,2	40,6	41,0	41,3	41,5	42,5	43,3	43,2
	РФ	38,4	42,2	42,2	42,5	42,7	42,4	42,7	43,0
Численность среднего мед. персонал (физ. лиц)	РА	2167	2244	2289	2275	2373	2429	2414	2480
Обеспеченность сред. мед. персоналом (на 10000 нас.)	РА	122,8	118,8	121,8	118,9	123,9	127,8	124,8	127,4
	СФО	95,4	92,1	92,2	94,0	94,9	97,7	97,2	97,3
	РФ	95,3	96,9	95,5	96,9	96,7	96,1	94,9	95,0

Если в 1995 году разница в обеспеченности врачами на 10000 населения между республиканскими и российскими показателями составляла почти 10, то в 2006 году она сократилась до 6, и показатель достиг 37,1.

Средними медицинскими работниками республика обеспечена лучше, чем в среднем по России и по СФО, что в основном обусловлено преобладанием сельского населения и большим количеством маломощных ЛПУ (ФАПы, УБ, СВА).

Это подтверждается и показателем соотношения средних медицинских работников к врачам, которое в республике составило 3,4, в то время как по РФ данный показатель равен 2,2, а по СФО – 2,27.

Специализированную помощь жителям республики оказывают лечебно-профилактические учреждения республиканского центра. В структуре пролеченных ими больных сельские жители составляют в среднем 50-55 %. Это косвенно указывает на доступность специализированных видов медицинской помощи жителям села.

Республиканская больница является наиболее крупным учреждением Республики Алтай, оказывающим специализированную медицинскую и организационно-методическую помощь. В настоящее время среди пациентов ее поликлиники сельские жители составляют около 50-60 %.

Экстренная и неотложная специализированная медицинская помощь сельскому населению оказывается республиканским центром медицины катастроф (РЦМК). Специалистами центра осуществляется ликвидация последствий природных и техногенных катастроф, оказывается круглосуточная консультативная и практическая помощь ЛПУ республики, прежде всего расположенным в сельской местности, а также транспортировка тяжелых больных в республиканские учреждения. Результатом функционирования центра является снижение показателей летальности, сокращение сроков лечения на стационарной койке, частоты осложнений в ЛПУ республики.

## **ГЛАВА 4. СОВРЕМЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИОННО- ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СУБЪЕКТА РФ С НИЗКОЙ ПЛОТНОСТЬЮ НАСЕЛЕНИЯ И ТРУДНОДОСТУПНОСТЬЮ НАСЕЛЕННЫХ ПУНКТОВ**

Накопленный отечественный и зарубежный опыт оказания медицинской помощи сельскому населению свидетельствует о том, что она должна основываться на системном подходе и быть направлена на рационализацию использования сил и средств отрасли.

Отсутствие новой научно-обоснованной методологии реформирования здравоохранения привело к тому, что в период перехода к страховой модели отрасли не произошло серьезных структурных и функциональных изменений в системе общественного сектора здравоохранения. В конечном счете, это привело к снижению доступности и качества медицинской помощи.

Начавшееся реформирование здравоохранения, выраженный дефицит финансирования, существенно изменившиеся в стране условия хозяйствования, обострили проблемы, накапливавшиеся в системе здравоохранения в предшествующие годы, и привели к кризису отрасли, среди которых следует назвать следующие:

1. Высокая стоимость содержания экстенсивно развивающейся системы медицинской помощи при прогрессирующем уменьшении возможности ее финансирования из бюджета.

2. Жесткие рамки централизованного финансирования и управления сетью ЛПУ, сковывающие инициативу медицинских работников в оптимизации деятельности.

3. Уравнительная система оплаты труда и низкий уровень заработной платы медицинских работников, которые ослабляют мотивацию в поиске лучших форм и методов оказания медицинской помощи и улучшения ее качества.

4. Незаинтересованность работодателей в снижении заболеваемости работающих граждан и связанные с ней трудовые потери на фоне безработицы.

5. Иждивенческое отношение граждан к бесплатным медицинским услугам, пассивность в поддержании своего здоровья.

6. Несбалансированность и неадекватность структуры основных ресурсов здравоохранения, низкая фондовооруженность учре-

ждений здравоохранения и труда медицинского персонала и др.

Данные проблемы наиболее выражены в сельском здравоохранении. Такому развитию событий способствовало отсутствие комплексности (системности) в проведении преобразований, попытки реформирования не отрасли в целом, а отдельных ее структур, служб.

Еще одним фактором, тормозящим реформирование, является недостаточное использование экономических методов в управлении здравоохранением, особенно сельским, основной единицей которого является уникальное по своим возможностям учреждение – центральная районная больница (ЦРБ). Именно она выполняет функции как лечебно-профилактического учреждения, так и органа управления здравоохранением района.

#### **4.1. Основные подходы к формированию организационно-функциональной модели здравоохранения субъекта РФ с низкой плотностью населения и труднодоступностью населенных пунктов**

Важнейшим стратегическим направлением в построении эффективных экономических отношений является формирование системы управления ресурсами отрасли: потоками больных, объемами медицинской помощи и создание системы контроля за экономической эффективностью и др.

Основной целью разработки оптимальной структурно-организационной модели сельского здравоохранения является создание такой системы, которая обеспечивает государственные гарантии медицинской и лекарственной помощи сельскому населению на основе повышения эффективности использования ресурсов.

Приоритетными задачами в области совершенствования сельского здравоохранения региона в условиях низкой плотности населения и труднодоступности некоторых населенных пунктов являются:

1. Реструктуризация сельского здравоохранения:
  - развитие стационарзамещающих технологий;
  - создание общеврачебных практик;
  - реорганизация части участковых больниц в сельские врачебные амбулатории и организация на их базе отделений сестрин-



ского ухода и др.

2. Укрепление материально-технической базы сельских ЛПУ.

3. Совершенствование кадрового обеспечения.

4. Определение оптимальных нормативов нагрузки на медработников.

5. Внедрение современных управленческих и медицинских технологий, в том числе телемедицинских.

Решение этих задач позволит обеспечить сельское население доступной и бесплатной медицинской помощью, повысить уровень квалификации, заработной платы медработников и материальную заинтересованность в результатах труда, создать единое информационное пространство. Это приведет в соответствие с потребностями сельского здравоохранения структуру и мощность сети учреждений, уровень материально-технической базы.

Развитие сельского здравоохранения должно основываться на системном подходе к планированию сети учреждений здравоохранения, с учетом плотности населения, транспортных коммуникаций, последующего оснащения современным медицинским оборудованием в соответствии со стандартами.

Немаловажное значение имеют поведенческие особенности сельского населения: стремление сельских жителей к госпитализации, избыточность обращения за скорой медицинской помощью, недостаточная пунктуальность при выполнении рекомендаций медицинских работников и т.д.

Таким образом, в системе сельского здравоохранения существует целый ряд проблем, которые невозможно решить усилиями только руководителей сельского здравоохранения и органов местного самоуправления.

Решение этих проблем представляется возможным только при объединении усилий заинтересованных учреждений и ведомств на всех уровнях.

Региональная модель развития сельского здравоохранения предполагает реализацию программных мероприятий, направленных на решение системных проблем сельского здравоохранения. Структурно-функциональная реорганизация направлена на концентрацию специализированной медицинской помощи сельскому населению в межрайонных и региональных (республиканских, краевых, областных) центрах.

Организационно-функциональная

Экономические основы и современные технологии	Структура здравоохранения, работа с кадрами	Нормативно-правовое обеспечение
<p>1) Подушевое финансирование сельского здравоохранения на основе полного фондодержания;</p> <p>2) Деятельность ЦРБ как самостоятельно хозяйствующих субъектов;</p> <p>3) Расширение внебюджетного финансирования (ДМС);</p> <p>4) Внутриучрежденческий хозрасчет;</p> <p>5) Сдельная оплата труда (подрядные формы организации и оплаты труда и др.);</p> <p>6) Выездные бригады и санитарная авиация;</p> <p>7) Телемедицинские технологии;</p> <p>8) Медико-социальные койки и стационар-замещающие виды МП;</p> <p>9) Общеврачебные практики и передвижные формы медицинского обслуживания;</p> <p>10) Низкие нормативы нагрузки на медработников.</p>	<p>1) Реструктуризация здравоохранения;</p> <p>2) Совершенствование этапности: ФАП-УБ (СВА)-ЦРБ-ПУЗ;</p> <p>3) ПрофорIENTATION среди учащихся школ;</p> <p>4) Довузовская подготовка выпускников сельских школ;</p> <p>5) Обучение в ВУЗах на контрактной основе;</p> <p>6) Предоставление льгот («подъемные»; надбавки к заработной плате; оплата коммунальных услуг, предоставление ссуды, ипотечных кредитов; обеспечение жильем);</p> <p>7) Повышение квалификации через систему последипломного образования;</p> <p>8) Подготовка парамедиков;</p> <p>9) Дифференцированная оплата труда.</p>	<p>1) Программно-целевое планирование деятельности сельского здравоохранения</p> <p>2) Стандартизация лечебно-диагностического процесса;</p> <p>3) Стандартизация оснащения сельских ЛПУ;</p> <p>5) Стандарты ухода за больными;</p> <p>6) Тарифы на медицинские услуги в рамках ОМС с учетом плотности населения и отдаленности от республиканских ЛПУ;</p> <p>7) Документы, регламентирующие организацию оказания МП.</p>

Таблица 4.1

## модель сельского здравоохранения

Взаимодействие с органами власти и партнерами	Информационно-методическое обеспечение	Сотрудничество с общественными организациями
<p>1) Исполнительные и представительные органы власти субъекта РФ;</p> <p>2) Контрольно-надзорные органы (Росздравнадзор, Роспотребнадзор и др.)</p> <p>3) Фонд ОМС,</p> <p>4) СМО;</p> <p>5) Исполнительные и представительные органы местного самоуправления;</p> <p>6) Немедицинские службы (социальные, коммунальные, транспортные, торговли и др.);</p> <p>7) Фармацевтические организации;</p> <p>8) Организации, поставляющие и обслуживающие медицинскую технику.</p>	<p>1) Компьютеризация ЛПУ;</p> <p>2) Методическое обеспечение организации МП и лечебно-диагностического процесса в ЛПУ;</p> <p>4) Социологические опросы населения;</p> <p>5) Мониторинг здоровья населения;</p> <p>6) Гигиеническое обучение и воспитание населения;</p> <p>7) Статистический учет и отчетность.</p>	<p>1) Врачебные и медицинские ассоциации;</p> <p>2) Профсоюзная организация;</p> <p>3) Государственные и общественные организации по защите прав пациентов;</p> <p>4) Российское общество Красного Креста и Красного Полумесяца;</p> <p>5) Другие организации.</p>

Реформирование отрасли в целом и управление ею должно носить комплексный характер и осуществляться поэтапно, а предлагаемая модель должна включать в себя:

1. Более широкое использование экономических методов и современных технологий в управлении здравоохранением.

2. Принятие эффективных мер по привлечению и закреплению кадров в сельском здравоохранении.

3. Нормативно-правовое обеспечение преобразований.

4. Установление четкого взаимодействия между всеми субъектами системы здравоохранения и сотрудничающими с ней организациями, службами и т.д.

5. Информационно-методическое обеспечение всех субъектов системы здравоохранения.

6. Взаимодействие с общественными организациями, имеющими отношение к здравоохранению (табл. 4.1).

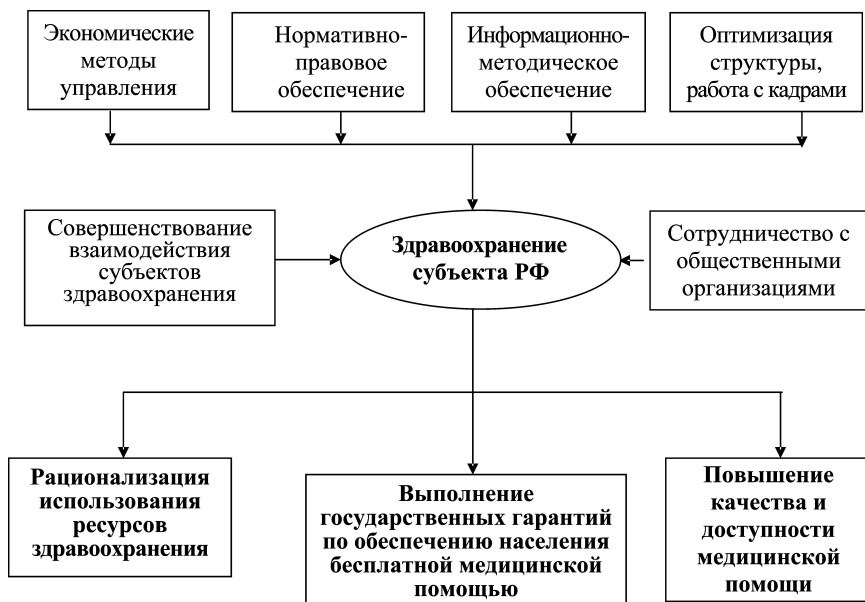


Рис. 4.1. Элементы, необходимые для совершенствования организационно-функциональной модели сельского здравоохранения.

Реализация в полной мере вышеперечисленных мер позволит рационализировать использование ресурсов здравоохранения, обес-

печить выполнение государственных гарантий по оказанию бесплатной медицинской помощи населению, повысить ее качество и доступность (рис. 4.1).

Принципиальным отличием разработанной модели является комплексный подход, включающий в себя применение современных технологий и экономических методов управления, внедрение более низких нормативов нагрузки на медицинских работников, активного использования выездных форм работы при её реализации в условиях низкой плотности населения и труднодоступности некоторых населенных пунктов.

#### **4.2. Экономические методы управления и современные технологии как основа совершенствования сельского здравоохранения**

Вся система здравоохранения России продолжает финансироваться по остаточному принципу, но действует по затратному:

- доля врачей, оказывающих ПМСП в России, составляет около 30 % от общего числа врачей, в то время как в странах с передовыми системами – больше половины, а в Канаде и Дании – 70 %;

- частота направления пациентов участковыми врачами к специалистам составляет около трети от числа первичных посещений, в то время как в западных странах 4-10 %;

- уровень госпитализации достигает примерно 22-24 человека на 100 жителей против 13-17 в западных странах;

- на долю стационарной помощи приходится 60-70 % от объема расходов на здравоохранение против 35-50 % в странах с передовыми системами здравоохранения.

Как показывает зарубежный и отечественный опыт, наиболее эффективным при реформировании отрасли является применение экономических методов, которые способствуют оптимизации структуры и функционирования как системы здравоохранения в целом, так и отдельных учреждений.

Современное состояние системы финансирования здравоохранения характеризуется наличием следующих главных проблем:

➤ несбалансированность государственных гарантий предоставления гражданам бесплатной медицинской помощи и их финансового обеспечения;

➤ неудовлетворительная координация действий различных субъектов системы общественного финансирования здравоохранения;

➤ эклектичность сочетания элементов систем финансирования, реализованного во множестве различающихся территориальных моделей финансирования медицинской помощи;

➤ отсутствие очевидных позитивных результатов от внедрения рыночных институтов в общественное финансирование здравоохранения и от деятельности новых субъектов системы финансирования, прежде всего страховых медицинских организаций;

➤ сохранение институциональных условий воспроизводства затратного хозяйствования на уровне медицинских организаций, отсутствие у них стимулов к повышению эффективности использования финансовых и материальных ресурсов.

Введение системы ОМС повлекло за собой внедрение новых методов оплаты медицинской помощи, заменивших сметное финансирование, выбор которых не регламентировался федеральными органами и был отдан на усмотрение субъектов РФ. Страховщики стремились организовать финансирование ЛПУ таким образом, чтобы объём его был увязан не с показателями их пропускной способности, а с показателями, характеризующими объёмы деятельности этих учреждений.

Выбранный метод оплаты медицинских услуг необходимо оценивать с точки зрения решения следующих задач:

во-первых – ограничивать излишний спрос на медицинские услуги, стимулируемый врачами;

во-вторых – способствовать заинтересованности ЛПУ в удовлетворении потребностей пациентов и повышении качества медицинских услуг.

С точки зрения экономического анализа, эти требования в целом можно определить как создание стимулов для медицинских учреждений в экономически эффективном с позиции общества поведении. Таким образом, система оплаты медицинской помощи - один из важнейших механизмов обеспечения макроэффективности системы здравоохранения и ограничения роста затрат.

При выборе системы оплаты необходимо учитывать, что финансовые ресурсы системы здравоохранения ограничены при практически неограниченной потребности населения в медицинской помощи. Опыт последних лет показал, что при формировании спектра оказываемых медицинских услуг весьма важным движущим мотивом является экономический интерес медиков, который во многом определяется выбранной системой финансирования медицинской помощи. Так, например, в Великобритании число посещений в расчете на одного жителя к врачам общей практики, зарплата которых не зависит от числа визитов, почти в 2 раза ниже, чем в Германии и Франции, использующих гонорарный метод оплаты, зависящий от числа посещений. По данным зарубежных авторов, около 20% проделанных в США пациентам исследований и манипуляций были излишними. Никакое усиление контроля со стороны страховщиков (который тоже стоит немалых денег) не может в этом случае ограничить рост стоимости медицинской помощи.

По современным представлениям, оптимальная система финансирования медицинской помощи должна отвечать следующим критериям:

1. Носить антизатратный характер;
2. Обеспечивать предсказуемость расходов на медицинскую помощь;
3. Минимизировать расходы финансирующей стороны (в т.ч. страховщика) на контрольные функции, связанные с оплатой медицинских услуг;
4. Стимулировать ЛПУ к выполнению ими своих функций наилучшим для пациентов образом в условиях максимально эффективного использования ресурсов.

Таким образом, с точки зрения экономического и социального интересов общества ЛПУ, оказывающие амбулаторно-поликлиническую помощь, должны быть материально заинтересованы в том, чтобы население меньше болело, т.е. получать деньги за здоровье населения, чем меньше оно болеет, тем выше доход учреждения и наоборот. Если создать такую систему стимулов у врачей этого звена, лучше всех знающих состояние здоровья своих пациентов, организующих профилактику заболеваний и оказание им медицинской помощи, это будет способствовать эффективному расходованию средств во всей системе здравоохранения.

Амбулаторно-поликлиническая помощь является самым массовым видом медицинской помощи, к которой в течение года обращается значительная часть населения. Стоимость законченного случая лечения при этом виде помощи относительно невелика, однако затраты на её оплату могут составить значительную долю общих расходов системы здравоохранения.

Амбулаторно-поликлиническое звено, где, как правило, начинается и заканчивается большинство маршрутов пациента в системе здравоохранения, обладает значительными возможностями для повышения эффективности использования финансовых ресурсов. Так, например, на некоторых территориях до 40 % вызовов скорой медицинской помощи осуществляется к хроническим больным, находящимся на диспансерном учете. Вызов скорой медицинской помощи – это дорогостоящая услуга. Большинство таких вызовов к хроническим больным можно предотвратить при хорошей работе участкового звена.

Известно, что оказание медицинской помощи на амбулаторном этапе обходится в 4-5 и более раз дешевле, чем в стационаре. В то же время, как показывают экспертные оценки, около 30 % ныне госпитализируемых пациентов могли бы получить эффективную и качественную медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

Амбулаторную помощь можно разделить на первичную медико-санитарную помощь (ПМСП) и специализированную медицинскую помощь. ПМСП оказывается в настоящее время участковыми и цеховыми врачами (терапевтами, педиатрами) в поликлиниках, врачебных амбулаториях и частично в сельской местности – в фельдшерско-акушерских пунктах под наблюдением врачей из ближайшего амбулаторного учреждения. Перспективным в дальнейшем считается переход к оказанию этой помощи врачами общей практики, чьи функции значительно шире обязанностей терапевта, педиатра и захватывают часть спектра услуг, оказываемых в настоящее время врачами-специалистами.

Специализированная амбулаторная помощь оказывается:

- врачами-специалистами поликлиник (невропатологи, отоларингологи и т. д.);
- некоторые виды помощи (стоматологическая, гинекологическая) могут оказываться как в поликлиниках общего профиля, так и в специализированных учреждениях (женских консультациях, стоматологических поликлиниках и самостоятельных кабинетах);



➤ консультативно-диагностическая амбулаторная помощь предоставляется, как правило, в консультативных центрах крупных медицинских учреждений (например, в республиканских, краевых, областных больницах) и диагностических центрах;

➤ скорая и неотложная медицинская помощь предоставляется специализированными станциями скорой медицинской помощи или соответствующими подразделениями медицинских учреждений.

➤ Основой амбулаторно-поликлинической помощи, как и всей системы медицинского обслуживания населения, должен являться сегмент ПМСП. Именно на него возлагается ответственность за оказание всего комплекса медицинской помощи прикрепленному населению. Общепринятой является следующая схема:

➤ сегмент ПМСП оказывает всю возможную помощь собственными силами (если звеном ПМСП является врач общей практики, то это около 70 % всего объема помощи);

➤ при необходимости пациент направляется на последующие этапы помощи, при этом результаты лечения должны контролироваться и анализироваться сегментом ПМСП.

Звено амбулаторно-поликлинической помощи должно выполнять не только лечебную работу, но, прежде всего, профилактическую, а также обеспечивать организацию медицинской помощи прикрепившемуся населению на всех этапах. Следовательно, система финансирования амбулаторно-поликлинической помощи должна предусматривать оплату организационной деятельности и, соответственно, включать финансовую ответственность за недостатки в этой работе. Очень опасно, если система финансирования амбулаторно-поликлинической помощи построена таким образом, что чем больше население болеет (и, следовательно, чем больше пролеченных больных), тем больше получают работники звена. Именно на это ориентирует широко используемый в настоящее время порядок оплаты деятельности амбулаторной службы – за законченный случай. Кроме того, такая система финансирования всей медицинской помощи приобретает ярко выраженный затратный характер, что противоречит основным принципам оптимальной системы финансирования медицинской помощи, перечисленным выше.

Таким образом, с точки зрения экономического и социального интересов общества ЛПУ, оказывающие амбулаторно-

поликлиническую помощь, должны быть материально заинтересованы в том, чтобы население меньше болело, т.е. получать деньги за здоровье населения. Если создать такую систему стимулов у врачей этого звена, лучше всех знающих состояние здоровья своих пациентов и организующих профилактику заболеваний и оказание им медицинской помощи, это будет способствовать эффективному расходованию средств во всей системе здравоохранения.

Стационарная – это наиболее дорогой вид медицинской помощи, поэтому система оплаты услуг стационара может спровоцировать резкий рост затрат на здравоохранение. Так произошло в середине 90-х годов прошлого века в Чехии, где при введении обязательного медицинского страхования перешли к оплате медицинских услуг стационара по количеству фактически проведенных пациентом койко-дней (ретроспективная оплата) и дополнительно за выполненное обследование, процедуры и использованные медикаменты (при этом амбулаторно-поликлинические услуги оплачивались также по гонорарному принципу). При фактическом удвоении средств, направляемых в здравоохранение (взнос по обязательному медицинскому страхованию составлял 13,5 % от фонда оплаты труда) система ОМС оказалась финансово несостоятельной. Этот пример подчёркивает важность выбора научно обоснованной и экономически адекватной системы финансирования стационарной помощи для всей системы здравоохранения в целом.

Для стационарной помощи федеральным фондом ОМС рекомендованы следующие методы оплаты их деятельности:

- оплата за количество законченных случаев госпитализации по тарифам, дифференцированным в соответствии с клинико-статистическими группами или медико-экономическими стандартами.
- финансирование стационара по смете расходов под согласованные объемы помощи;
- оплата по числу фактически проведенных пациентом койко-дней, дифференцированная по отделениям стационара;
- оплата за число пролеченных больных по средней стоимости лечения одного больного в профильном отделении;

Метод т.н. клинико-статистических групп (КСГ) знаменует собой переход к более сложным единицам учета результатов деятельности больницы – от простого койко-дня или среднепрофильного случая к тарифу для конкретного случая лечения (диагноза или

группы диагнозов). Сам же принцип оплаты – возмещение фактического объема помощи – может сохраняться неизменным. Иными словами, усложняется метод оплаты, но принцип ее остается неизменным. Особенно важно подчеркнуть, что оба принципа могут реализовываться на основе одних и тех же показателей, взятых за единицу оплаты, например, койко-дней или тарифов по КСГ.

В реальной практике здравоохранения принципы ретроспективной и предварительной оплаты стационарной помощи могут использоваться одновременно. При таком сочетании часть работ стационара оплачивается на основе согласованного объема, а сверхплановые объемы оплачиваются по факту. В современном российском здравоохранении значительная часть расходов больниц все еще финансируется опосредованно по смете в расчёте на коечный фонд. Это имеет черты предварительной оплаты (объём финансирования определяется до момента оказания помощи). Но если считать, что вышеприведённая классификация относится только к оплате за результаты работы, а не вложенные ресурсы, то финансирование по смете, строго говоря, нельзя отнести ни к предварительной, ни к ретроспективной оплате.

Расчеты за оказание медицинской помощи могут быть основаны на двух подходах:

- *ретроспективная оплата* медицинской помощи, при которой предполагается возмещение фактического объёма оказанной медицинской помощи. Разумеется, и в этом случае финансирующая сторона проверяет объём и качество оплачиваемых медицинских услуг, например, обоснованность случаев госпитализации, отсутствие приписок и т.д., но делается это по факту оказанной помощи.

- *предварительная оплата* медицинской помощи. Этот подход предполагает возмещение не фактического, а заранее согласованного объёма помощи. Последний определяется на основе соглашения между финансирующей стороной и больницей. Оплате подлежат лишь те счета больницы, которые соответствуют согласованному объёму помощи.

Можно выделить особенности предварительной оплаты:

- размер оплаты определяется соглашением финансирующей стороны и больницей до момента оказания помощи, то есть оплачивается согласованный объем помощи;
- обязательства финансирующей стороны ограничиваются определенным периодом времени (чаще всего годом);

- больница может самостоятельно использовать экономию, возникающую в результате оптимизации структуры помощи, например, в результате перенесения необоснованных случаев госпитализации из стационара в амбулаторное звено;

- устанавливаются возможные отклонения фактических объемов от плановых, за пределами которых больница оплачивается по более низким ставкам: она «наказывается» как за невыполнение, так и за перевыполнение планового объема.

Разделение на предварительную и ретроспективную оплату не имеет отношения к процедуре оплаты, то есть прохождению банковских платежей. Предварительная оплата не равнозначна авансовым платежам. Последние могут использоваться при том и другом подходе: больница может авансироваться на определенный объем как фактически оказанной, так и планируемой помощи.

Вместе с тем, очевидно, что финансовое благополучие ЛПУ зависит не только от количества заработанных (полученных) средств, но и от того, насколько рационально они тратятся в самом учреждении. В связи с этим, особую важность приобретает внутри-учрежденческий хозрасчет (ВУХР), основанный на экономии средств амбулаторно-поликлинической службой, которая при этом должна стать «фондодержателем», и «зарабатывании» денег всеми другими структурными подразделениями ЦРБ.

Основные, принципиальные условия успешного внедрения ВУХР в деятельность ЛПУ, являются едиными для всех медицинских организаций:

1. Оплата медицинской помощи определяется соглашением между финансирующими сторонами (страховые медицинские организации, органы управления здравоохранения и др.) и ЛПУ до момента оказания помощи, то есть оплачивается согласованный объем помощи по «внешним ценам», либо за фактически выполненную работу, согласно реестрам из чего формируется доход учреждения;

2. Учреждение может по своему усмотрению, исходя из финансовых возможностей (дохода), формировать разные фонды для стабильного функционирования и развития учреждения (фонды развития, материального поощрения, риска и др.). Они создаются за счет экономии, возникающей в результате оптимизации структуры ЛПУ, сокращения необоснованных случаев госпитализации в стационар, использования малозатратных форм оказания МП (стационар замещающие виды) и др.

В фондах могут аккумулироваться средства, которые ЛПУ получают при использовании излишних мощностей, например, аренда недостаточно интенсивно (в одну смену) используемого оборудования, свободных площадей в помещениях, земли, принадлежащей организации и др. Наличие резерва финансовых средств гарантирует ЛПУ стабильное функционирование. Во-первых, средства из резерва могут покрывать «коридор риска» – возможные отклонения фактических объемов от плановых, в пределах которых выплачивается согласованная сумма, как в случае превышения плановых показателей, так и при их невыполнении. Во-вторых, эти средства возможно использовать в целях внедрения в практическую деятельность учреждения инновационных технологий, на обучение медицинского персонала, на поощрения и т.п.

После того, как ЛПУ создаст резерв финансовых средств и произведет отчисления на содержание служб жизнеобеспечения, государству, необходимо произвести распределение заработанных средств между отделениями стационара, поликлиники и параклиническими службами.

3. При отчислении средств на оплату деятельности служб жизнеобеспечения (хозяйственная служба, административно-управленческий персонал и др.) должен быть применен дифференцированный подход, который предполагает не только поощрения за выполненную работу, но и лишения выплат за нарушения. Отчисления на содержание таких служб должны быть в прямой зависимости от дохода, т.е. составлять определенную его долю. Этим обеспечивается заинтересованность всех сотрудников указанных служб в повышении эффективности функционирования учреждения, т.к. пропорционально росту дохода, будет расти и их зарплата. Это является абсолютно необходимым, т.к. накопленный опыт свидетельствует о том, что даже высокие стабильный доход ЛПУ и заработная плата сотрудников не являются гарантией добросовестного и ответственного отношения их к выполнению своих обязанностей. И наоборот, «плавающая» зарплата, даже незначительные колебания которой находятся в зависимости от качества и объема оплачиваемой работы, являются надежным стимулом для персонала.

4. В учреждениях здравоохранения следует отказаться от принципа – «излечение больного любой ценой», а руководствоваться другими подходами, обеспечивающими получение оптимального результата при минимальных затратах, т.е. создать условия, при ко-

торых все сотрудники больницы, включая медицинский персонал, были бы материально заинтересованы в экономии средств и конечном результате, отслеживали и соблюдали соотношение – «затраты-конечный результат».

Парадокс современного управления в отечественном здравоохранении состоит в том, что расходы медицинского учреждения планирует и контролирует его руководитель, а затраты на лечебно-диагностический процесс, определяет лечащий врач. Попытки административными рычагами заставить врача работать эффективно, то есть при минимизации затрат достигать максимального клинического результата, нередко приводит к еще более затратным действиям со стороны врача. В связи с этим необходим процесс вовлечения медицинского персонала в непосредственное управление, как доходами, так и расходами, связанными с оказанием медицинской помощи с использованием экономических регуляторов.

Для этого следует материально заинтересовать сотрудников в экономии, рачительном использовании финансовых средств (поощрение за положительный результат и наказание за отрицательный). Кроме того, необходимо привлечение их к расчетам цен, тарифов, нормативов внутри учреждения, при этом врач неизбежно становится участником процесса расчета и планирования, т.е. вовлекается в управления оказанием медицинской помощи. Спланировав определенный объем помощи по реальным затратам, врач вынужден отвечать за качество собственных планов, назначая те процедуры и лекарства, которые вошли в ресурсное наполнение спланированных случаев. В свою очередь, это ведет к разработке технологической схемы (медицинской технологии – МТ) лечебно-диагностической работы по каждой выбранной нозологии, которая должна включать в себя перечень и количество медикаментов, изделий медицинского назначения, а также перечень и количество параклинических услуг, необходимых для каждой нозологии.

5. В ЛПУ распределение средств, их движение должно быть строго регламентировано и учитываться. Для этого формируются субсчета для всех структурных подразделений на основании «Положения о порядке оплаты деятельности СП учреждения» (название документа может быть и другим, по усмотрению администрации). Указанное Положение может быть самостоятельным документом, либо составной частью коллективного договора. В нем должны быть указаны все источники финансирования, порядок получения

средств каждым структурным подразделением, формирование фондов общего пользования (резервный, развития, материального поощрения и др.). Положение принимается на общем собрании коллектива и согласуется с выборным профсоюзным органом.

6. Оплата деятельности ЛПУ осуществляется по согласованным с СМО и фондом ОМС тарифам и ценам, установленным на платные медицинские услуги, так называемым внешним ценам. Внутри ЛПУ, после отчисления средств в фонды организации, взаиморасчеты проводятся по внутренним ценам и тарифам, устанавливаемым на услуги, предоставляемые «узкими» специалистами, параклиническими службами и т.д.

Внутренние цены должны полностью включать в себя все расходы, в т.ч. для расчетов со вспомогательными СП, необходимые для оказания пациентам полноценной медицинской помощи (в соответствии со стандартами) и получение оптимального результата.

7. Не зависимо от вида учреждения (поликлиника, стационар, больнично-поликлиническое объединение) движение финансовых средств внутри которых, имеют свои особенности, обязательным условием является фондодержание СП, формирующих окончательную сложную (комплексную) медицинскую услугу для пациента (комплекс лечебно-диагностических мероприятий) для обеспечения его выздоровления, либо получение ремиссии у хронических больных. В связи с этим, все необходимые для этого средства концентрируются на субсчетах этих подразделений (участковая служба в поликлиниках и лечебные СП в стационарах) в соответствии с количеством приписанного населения и фактически пролеченных больных.

8. Оплата деятельности вспомогательных служб и специалистов, осуществляется по гонорарному принципу, т.е. за фактически выполненные услуги (диагностические исследования, консультации, физиотерапевтические процедуры и др.) и только по ЗАЯВКЕ ОСНОВНЫХ ПОДРАЗДЕЛЕНИЙ.

Такой подход, если не исключает совсем, то значительно ограничит количество необоснованных исследований и консультаций. Это позволит формировать штаты вспомогательных служб в зависимости от реальной потребности в тех или иных услугах. СП сами должны решать, какими силами они будут выполнять эту работу и,

соответственно, какую зарплату будут получать (либо много сотрудников и низкая заработная плата, либо наоборот).

Центральные районные больницы (ЦРБ) являются теми учреждениями, в которых использование экономических методов является наиболее перспективным и эффективным.

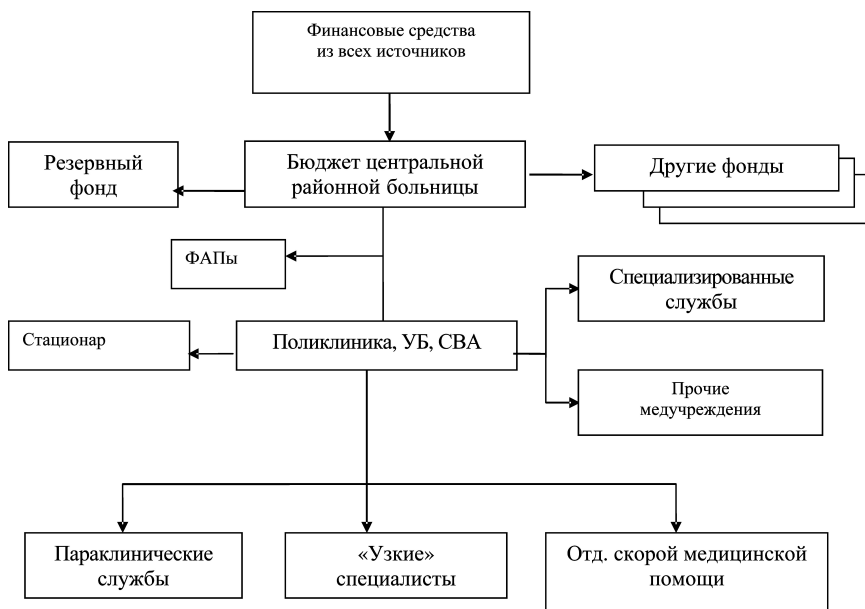
Уникальность ЦРБ заключается в том, что в одном учреждении, например, при подушевом финансировании, сосредоточены все финансовые средства, выделенные на оказание медицинской помощи (МП) определенному населению (приложение). От рациональности использования которых, во многом зависит доступность и качество МП, оказываемой пациентам, а так же финансовое благополучие самого учреждения.

Важным является и то, что в ЦРБ сосредоточены все службы и специалисты, ответственные за оказание основных видов МП, т.е. первичной медико-санитарной, которая составляет большую часть медицинских услуг в которых нуждается в первую очередь население. Кроме того, в ЦРБ значительно меньше, чем в городских учреждениях здравоохранения внешних расчетов с другими ЛПУ.

Фондодержателем в ЦРБ должны быть те СП, которые оказывают МП в амбулаторных условиях, т.е. поликлинические отделения ЦРБ, участковые больницы и сельские врачебные амбулатории. Все остальные получают средства с субсчетов указанных подразделений за фактически оказанные услуги приписанному к ним населению (по гонорарному принципу), а стационарны, как с круглосуточным, так и дневным пребыванием за законченные случаи (рис. 4.2).

Исключение составляют фельдшерско-акушерские пункты, которые находятся на особом положении и обслуживают нередко численность населения, значительно ниже нормативного. Исходя из этого их содержание и оплата труда персонала целесообразно осуществлять в современных условиях на основе смет расходов за счет средств муниципалитета. Вместе с тем, обязательным для их сотрудников должна быть «плавающая» заработная плата, вернее стимулирующая ее составляющая, размер которой должен зависеть от качества оказываемой ими МП – выполнения целевых показателей или модели конечных результатов (МКР), т.е. обеспечить материальную заинтересованность персонала в качественном выполнении своих обязанностей.





*Рис. 4.2.* Схема движения финансов в центральной районной больнице в условиях внутриучрежденческого хозрасчета при подушевом финансировании и полном фондодержании.

Разумное использование материального стимулирования, правильная организация движения денежных средств внутри ЦРБ позволяет оптимизировать структуру учреждения, в том числе и наиболее дорогостоящей стационарной, в которой «невостребованные» койки могут быть сокращены, либо перепрофилированы в медико-социальные, социальные и другие, но при условии финансирования их соответствующими службами.

Одним из важнейших является «человеческий фактор», то есть заинтересованность (в том числе материальная) персонала в выполнении возложенных на него функций. Для эффективного управления коллективом, следует активнее искоренять уравнительную (почасовую) оплату труда, развивать сделную ее форму с оплатой по конечным результатам.

Отсутствие энтузиазма в работе чаще всего наблюдается там, где имеется недостаток личного интереса. Сотрудники хотят иметь чувство «партнерства» в коллективе и с руководством. Им нужно понимать, как их личный успех связан с успехом коллектива, и они

должны быть уверены, что дополнительная энергия, которую они добровольно вкладывают в работу, найдет отражение в той награде, которую они получают от администрации. Кроме этого, у них должны быть возможности почувствовать свою самостоятельность. В коллективе должны быть созданы условия, которые бы ориентировали сотрудников на эффективное трудовое поведение, включающие в себя следующее:

1. Любые действия должны быть осмыслены;
2. Люди хотят, чтобы их действия были важны для кого-то конкретно;
3. Каждый на своем рабочем месте хочет показать свои способности и свою значимость;
4. Каждый стремится выразить себя в труде;
5. Практически каждый имеет свою точку зрения на то, как можно улучшить свою
6. работу, ее организацию;
7. Каждый сотрудник знает, как важен его труд для общего успеха;
8. Каждый человек стремится к успеху. Успех – это достижение цели;
9. Успех без признания приводит к разочарованию (необходимо признание и поощрение материальное и моральное);
10. Люди негативно относятся к тому, чтобы решения об изменениях в их работе и рабочих местах принимались без учета их знаний и опыта;
11. Каждому требуется информация о качестве собственного труда. Рядовому работнику она нужнее, чем начальнику;
12. Каждая работа выигрывает от максимально возможной степени самоконтроля (контроль со стороны неприятен);
13. Повышенные требования, дающие шанс для дальнейшего развития, воспринимаются гораздо охотней, чем заниженные;
14. Сотрудники остро реагируют, если их старания и полученные ими результаты приводят к тому, что их загружают еще больше, особенно, если это не компенсируется материально (так убивают инициативу);
15. Имеется свободное пространство для инициативы в организации своей деятельности, для индивидуальной ответственности работника.

Стимулирование – это метод воздействия на трудовое поведение работника опосредовано через его мотивацию. При стимулировании побуждение к труду происходит в форме компенсации за трудовые усилия. Воздействие через стимулы обычно оказывается сильнее прямого воздействия, но по своей организации оно сложнее последнего. Деление стимулов на «материальные» и «моральные» условно, поскольку они взаимосвязаны. Например, премия выступает и как акт признания по отношению к работнику, как оценка его заслуг, а не только материальное вознаграждение результатов труда. Иногда у работников ориентации на общение, принадлежность к определенному сообществу, престиж проявляются сильнее, чем ориентация на денежное вознаграждение. В социологии подход к трудовому стимулированию состоит в выделении и сопоставлении, с одной стороны, системы стимулов, с другой – системы мотивов и потребностей, на удовлетворение которых направлены эти стимулы.

В той мере, в какой согласуются встречные потоки стимулов и мотивов, будет эффективным и стимулирование, и, наоборот, их рассогласованность снижает эффект стимулирования. Следовательно, одной из важных управленческих задач является обеспечение такого воздействия стимулов на мотивы (потребности), которое вызвало бы наиболее целесообразное для организации трудовое поведение работников.

Одним из наиболее распространенных в настоящее время «инструментов» материального стимулирования является премирование, когда используемая система оплаты труда не предусматривает оценку индивидуального трудового вклада работника и не несет определенной стимулирующей функции. В лечебном учреждении должно быть разработано и утверждено положение о премировании, содержащее в себе конкретные условия и показатели, при которых возможно премирование и депремирование медицинских работников. Положение утверждается руководителем ЛПУ по согласованию с выборным профсоюзным органом. В положении о премировании учреждения здравоохранения предусматриваются показатели премирования как по структурным подразделениям (исходя из показателей деятельности подразделения), так и по отдельным должностям, исходя из утвержденных показателей деятельности работников этих должностей. Размер премии предельными размерами не ограничивается.

В принципе, премирование работников здравоохранения прежде всего должно быть направлено на повышение материальной заинтересованности работников в оказании качественной медицинской помощи населению, в достижении наилучших результатов труда. Премия не всегда носит регулярный характер, а выплачивается по мере достижения каких-либо конкретных результатов труда. Лишение премии или снижение ее размера (депремирование) возможно только по основаниям, указанным в Положении о премировании, утвержденном в учреждении. Премии выплачиваются за счет премиального фонда, входящего в состав фонда заработной платы, который создается в учреждении за счет средств различных источников финансирования (платная медицинская деятельность, средства ОМС, бюджетные средства и др.).

Наиболее эффективным методом материального стимулирования является дифференцированная оплата труда, целью которой является улучшение качества медицинского обслуживания населения за счет повышения эффективности деятельности медицинского персонала и лечебного учреждения в целом.

Материальное стимулирование медицинских работников ЛПУ может осуществляться тремя основными путями.

1. Стимулирование количественных показателей деятельности (число койко-дней, пролеченных больных, оказанных медицинских услуг и т.д.).

2. Стимулирование качественных показателей деятельности (уровень качества лечения, снижение количества осложнений в результате лечения, удовлетворенность пациентов и т.д.).

3. Стимулирование количественных и качественных показателей деятельности.

Последние два направления являются наиболее предпочтительными, но и наиболее сложными в плане реализации. Для разработки и внедрения в работу ЛПУ системы дифференцированной оплаты труда медицинских работников необходимо придерживаться следующих основных принципов:

*во-первых*, система оплаты труда должна совпадать с основными целями ЛПУ: увеличение объемных и качественных показателей деятельности, обеспечение социальной защищенности медицинских работников, сохранение кадров и т.д.;

*во-вторых*, для реализации дифференцированной оплаты труда необходимо формирование фонда материального поощрения

(ФМП), который призван обеспечивать стимулирующую функцию заработной платы;

*в-третьих*, реальная наполняемость фонда материального поощрения возможна лишь при максимальном использовании внебюджетных источников финансирования (в первую очередь средств обязательного медицинского страхования и средств платной медицинской деятельности);

*в-четвертых*, дифференциация в уровнях оплаты труда должна сопрягаться со способом оплаты медицинской помощи и, соответственно, ориентировать медицинских работников на показатели, определяющие объем финансирования медицинского учреждения;

*в-пятых*, дифференцированная оплата должна носить характер двусторонней экономической мотивации, то есть предполагать не только поощрение за хороший и качественный труд, но и наказание за дефекты в работе;

*в-шестых*, фонд материального поощрения должен включать в себя средства для стимулирования всех структурных подразделений ЛПУ, включенных в лечебно-диагностический процесс, что позволяет обеспечивать сквозной принцип формирования заработной платы. Непосредственный производитель медицинской услуги (отделение, кабинет и т.д.) должен **рассчитаться** с участниками из других структурных подразделений, трудовой вклад которых содержится в реализованной услуге;

*в-седьмых*, при дифференцированной системе оплаты труда в зависимости от объема и качества оказываемой медицинской помощи необходим персональный учет трудового вклада каждого отдельного работника, что повышает уровень индивидуальной ответственности и заинтересованности.

В целях повышения качества и доступности оказания медицинской помощи в ЛПУ РА разработана и внедрена с 2003 года система интегральной оценки эффективности деятельности ЛПУ, в рамках которой ежеквартально проводится на балльной основе оценка деятельности учреждений здравоохранения по таким разделам, как профилактическая работа, использование коечного фонда, работа амбулаторного звена, медико-демографические показатели и т.д.

В соответствии с разработанной и внедренной методикой эффективность деятельности ЛПУ определяется степенью достижения

установленных программно-целевых показателей. Критерии оценки разработаны отдельно для государственных и муниципальных учреждений здравоохранения, в основе которого лежит общий принцип. Данная методика позволяет проводить ранжирование ЛПУ, выявить проблемы и принять адекватные управленческие решения как в разрезе ЛПУ, так и различных служб.

Анализ эффективности ЛПУ проводился двумя способами: традиционным, основанным на сопоставлении медико-статистических показателей с действующими нормативами, и путем расчета интегрального показателя. Данный показатель рассчитан на основе методических рекомендаций, разработанных Тюковым А.С. с соавт. По каждому разделу работы ЛПУ (кадровая, финансово-экономическая, организационно-методическая, лечебно-диагностическая, клинико-экспертная и т.д.), определяются значения показателей, характеризующих эффективность и качество работы учреждения (модель конечных результатов). Поощрительные баллы, выставляются ЛПУ при достижении установленных показателей, понижающие, соответственно, при наличии обоснованных жалоб, нарушений санитарно-эпидемиологического режима, дисциплинарных взысканий и т.д. Сумма понижающих и повышающих баллов, позволяет оценить работу учреждения. Результаты доводятся до сведения Глав муниципальных образований для выявления проблем и принятия управленческих решений, в том числе для поощрения руководителей ЛПУ.

### **4.3. Оптимизация структуры и функционирования сельского здравоохранения**

Современная система оказания медицинской помощи сельскому населению была сформирована в начале 30-х годов прошлого столетия, в период коллективизации сельского хозяйства. Были созданы центры сельского районного здравоохранения, которые в условиях нового административного деления, обеспечивали медицинскую помощь населению района.

Совершенствование организационных форм здравоохранения в сельской местности и создание районных больниц позволили оказывать населению села квалифицированную и специализированную медицинскую помощь по основным специальностям, а участковые

больницы использовать для обеспечения общедоступной медицинской помощи.

Особенности организационных форм лечебно-профилактической помощи сельскому населению определяется двумя группами условий.

В первую группу входят те факторы, которые непосредственно связаны с особенностями сельского хозяйства и которые можно назвать постоянно действующими. К ним относятся:

1. Характер сельскохозяйственного труда, при котором следует учитывать воздействие на организм сельского труженика, имеющего постоянный контакт с землей, водой, химикатами и др.; работа под открытым небом; особенности отдельных видов сельскохозяйственного производства (зерновое хозяйство, технические культуры, животноводство, птицеводство);

2. Особенности организации сельскохозяйственного производства (фермерское хозяйство, колхоз, совхоз и др.);

3. Сезонность сельскохозяйственных работ;

4. Большой радиус фронта работ и большое расстояние от местожительства до места работы.

Вторая группа условий, определяющих особенности организационных форм при обеспечении лечебно-профилактической помощи сельскому населению, включает меняющиеся факторы, которые можно назвать временными. К ним относятся:

1. Неравномерность распределения врачей между городом и селом; более низкая укомплектованность ими сельских медицинских учреждений;

2. Недостаточное развитие специализированной медицинской помощи;

3. Недостаточный объем диспансерного наблюдения;

4. Большой радиус врачебного участка.

Медицинская помощь населению оказывает комплекс ЛПУ. В зависимости от степени приближения к сельскому населению, от специализации и квалификации ее, уровня технической оснащенности работа этого комплекса делится на ряд этапов.

Первый этап осуществляет доврачебную и первую врачебную МП (ФАПЫ, УБ, СВА).

На втором этапе при оказании лечебно-диагностической помощи сельскому населению осуществляется некоторая специализированная МП (номерные районные больницы).

На третьем этапе сельскому населению оказываются все основные специализированной квалифицированной МП. Это ЦРБ в состав которых входят лечебно-консультативные поликлиники, стационары, организационно-методические кабинеты, отделения скорой и неотложной медицинской помощи и др.

Четвертый этап обеспечивает сельскому населению все виды высококвалифицированной и узкоспециализированной МП (региональные ЛПУ в т.ч. специализированные центры и т.д.).

Существующая система организации МП сельскому населению, предусматривает оказание, прежде всего, первичной медико-санитарной (ПСМП), которая, как записано в ФЗ № 323 от 21 ноября 2011 года «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (статья 33), «...является основой системы оказания медицинской помощи и включает в себя мероприятия по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, наблюдению за течением беременности, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения».

В Алма-Атинской декларации были перечислены основные элементы (компоненты) ПСМП:

1. Санитарно-гигиеническое просвещение;
2. Содействие обеспечению рациональным питанием, доброкачественным водоснабжением, проведению основных санитарных мер;
3. Орана здоровья матери и ребенка, планирование семьи;
4. Иммунизация против основных инфекционных заболеваний;
5. Профилактика эпидемических болезней, борьба с ними;
6. Лечение распространенных заболеваний и травм;
7. Обеспечение основными лекарственными средствами.

Однако, по мнению Р.С. Гаджиева и многих других авторов современная организация ПСМП имеет серьезные недостатки:

1. Сохраняется существенная диспропорция в объемах финансирования амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи. Около 80 % населения начинают и заканчивают лечение на догоспитальном этапе, а более 60 % инвестиций и ресурсов направляется в стационары. Вследствие этого ограничены возможности развития материально-технической базы, внедрения современных, в т.ч. ресурсосберегающих технологий, необоснованно расширены



показания к стационарному лечению, что приводит к затратам на здравоохранение, которых можно избежать.

2. Отсутствуют или несовершенны экономические методы управления деятельностью медицинских учреждений и специалистов. Недостаточная экономическая мотивация развития современных видов МП.

3. Не в полном объеме используются имеющиеся возможности диагностики, лечения и реабилитации на догоспитальном этапе.

4. Чрезмерно развита специализированная МП на догоспитальном этапе, в связи с чем, участковый врач не стал, по существу лечащим врачом и фактически не несет ответственности за объем и качество оказанной пациенту МП.

5. Участковый врач практически не координирует на догоспитальном этапе все вопросы лечебно-профилактической, реабилитационной помощи, не обеспечивает преемственность в ее оказании, не осуществляет должного контроля за состоянием здоровья пациента и, тем более, членов его семьи.

6. Пациент не рассматривается врачом-специалистом с точки зрения его социального статуса, семейного положения, трудовой деятельности аспектов, оказывающих влияние на его здоровье и жизнедеятельность.

Говоря об основных направлениях реформирования системы здравоохранения в Российской Федерации, Первый заместитель Председателя Правительства Российской Федерации Д.В. Медведев (2007 г.) определил, что одно из главных условий реформирования заключается в проработке целесообразности сохранения имеющихся в здравоохранении ресурсов: материальных, трудовых, финансовых, при этом ориентироваться следует не на уничтожение имеющихся организационных структур (поликлиника, стационар, скорая медицинская помощь), а на изменение их функций, методов работы, системы финансирования, взаимоотношений и др. Комплексное решение этих проблем на основе системного подхода, позволило бы оптимизировать структуру здравоохранения, установить такое соотношение между амбулаторно-поликлинической и стационарной службами, которое позволило бы задействовать в полной мере противозатратные механизмы и за счет рационализации и экономного использования ресурсов повысить доступность и качество медицинской помощи.

Среди запланированных системных изменений наиболее важным является реструктуризация здравоохранения, которая тесно связана с расширением объема МП, оказываемого на догоспитальном этапе и сокращение МП оказываемой в стационарах с круглосуточным пребыванием. В целом по стране принимались достаточно масштабные меры по рационализации использования таких коек. Так количество их за период с 2002 по 2009 год в расчете на 10000 населения сократилось со 101,2 до 90,1, т.е. на 12 %. При этом объем МП в стационарных условиях пока не только не сократился, но даже увеличился. Количество госпитализированных, возросло за анализируемый период с 215 на 1000 населения до 225 (на 4,6 %). К сожалению, научного объяснения этого пока нет, возможно, что это связано с старением населения и ростом заболеваемости.

Это стало возможным за счет интенсификации функционирования оставшихся коек. Так занятость их в году повысилась с 319 до 325 дней (1,9 %), а средняя длительность пребывания в стационаре сократилось с 14,8 дня (2002 г.) до 12,8 (15,6 %).

В рамках рационализации использования коечного фонда в некоторых сельских ЛПУ часть коек была перепрофилирована в медико-социальные, которые наряду с традиционным, выполняют дополнительные, т.е. социальные функции. Это не противоречит европейским тенденциям реформирования здравоохранения. Известно, что основополагающие понятия (такие как «больничная койка») в разных странах зачастую трактуются по-разному. Термин «больница» может иметь различное значение и функции. Западно-европейские больницы в настоящее время специализируются преимущественно на лечении острых случаев, тогда как больницы в Восточной Европе и в некоторых частях Южной Европы продолжают выполнять функции социальной опеки и охраны здоровья.

В отделениях медико-социальной реабилитации (МСР) оказывается помощь больным, перенесшим тяжелые острые заболевания и страдающих хроническими, протекающими с частыми обострениями, которые нуждаются больше в социальной помощи чем в медицинской

Софинансирование деятельности таких отделений (коек) осуществляет служба социальной защиты. Ежегодно такую помощь только в Республике Алтай получают около 2 тыс. человек, более 80 % из них были жители сел.

Развертывание медико-социальных коек вместо незадействованных в выполнении государственного заказа на стационарную помощь с круглосуточным пребыванием позволило:

1. Стационарные койки с круглосуточным пребыванием использовать для выполнения основной функции – оказание медицинской помощи при острых заболеваниях и обострении хронических, а также планового, прежде всего оперативного лечения больных в рамках государственного заказа.

2. Рациональнее расходовать бюджетные средства, выделяемые администрацией муниципального образования на социальные нужды.

3. Сэкономить и расходовать средства ОМС на лечение и содержание больных, получающих медицинскую помощь в рамках государственного заказа.

4. Частично решить проблему трудоустройства медицинских работников, высвобождающихся в связи с сокращением коечного фонда, либо повысить заработную плату работающим в стационаре.

5. Больных, находящихся на медико-социальной реабилитации, обеспечить большим объемом консультативной медицинской помощи за счет врачей-специалистов ЦРБ.

Учитывая сокращение государственного заказа на стационарную и стационар замещающие виды медицинской помощи, открытие отделения МСР способствовало снижению социальной напряженности среди населения, обеспечило комплексность и преемственность на всех этапах медико-социальной помощи, взаимосвязь в работе учреждений здравоохранения и социального обеспечения.

Дальнейшее развитие получила организация дневных стационаров. В итоге за период с 2002 по 2006 годы количество коек в дневных стационарах (ДС) и дневного пребывания в ЛПУ РА увеличилось в 1,63 раза, т.е. с 266 до 434, а пролеченных в них больных почти в три раза. В основном это произошло за счет развертывания их на высвободившихся койках в стационарах (табл. 13).

Так, в 2002 году 6 из 27-ми ДС функционировали в АПУ (22,2 %), а в 2006 году 10 из 35-ти (28,6 %). Количество коек в дневных стационарах в расчете на 10000 населения в республике постоянно превышает аналогичный показатель, как по Российской Федерации, так и СФО. В 2006 году он составила 21,2, в то время как в РФ – 13,9 (2006 г.), а в СФО – 14,7 (2005 г.).

Вместе с тем, увеличение мест в ДС привело к снижению эффективности их функционирования, о чем свидетельствует уменьшение такого показателя, как занятость койки в году, она снизилась в 2006 году по сравнению с 2003 годом с 333,0 до 296,8 койко-дней. Это несколько ниже аналогичного показателя по СФО, но почти соответствует показателю по России. Еще одна из причин, по которой занятость койки в году снижалась в последние годы, это сокращение средних сроков пребывания на них пациентов.

За пять лет сокращение составило 2,5 дня, т.е. на 22,9 %, в то время как в РФ и СФО указанные сроки практически не изменились.

Наиболее привлекательной и современной формой повышения доступности квалифицированной медицинской помощи, особенно для сельских жителей, является внедрение общих врачебных практик (ОВП).

На международной конференции Всемирной организации врачей общей практики «WONCA Europe 2002» (Лондон) было подчеркнуто, что ОВП является академической и научной дисциплиной со своим собственным образовательным базисом, исследовательскими, доказательными и клиническими аспектами, а так же клинической специальностью, ориентированной на первичную помощь. Она должна обладать следующими характеристиками:

1. Быть областью первичного медицинского контакта в системе здравоохранения, предоставляющего неограниченный доступ потребителям вне зависимости от возраста, пола и других параметров;

2. Способствовать эффективному использованию ресурсов системы здравоохранения путем координационной работы врачей общей практики и других специалистов в системе первичной медицинской помощи, где врач общей практики играет роль связующего звена со специалистами и защитника пациентов в необходимых случаях;

3. Формировать подход к проблемам пациентов с учетом его индивидуальных, семейных и общественных (этнических) особенностей;

4. Вырабатывать единый подход к консультированию пациентов с помощью формирования взаимоотношений между врачом и пациентом на основе эффективной коммуникации;

5. Иметь систему принятия решений, основанную на эпидемиологических данных о распространенности заболеваний в популяции;

6. Обеспечивать ведение пациентов как с острыми, так и хроническими заболеваниями;

7. Нести особую ответственность за здоровье общества;

8. Проводить работу на уровне психологических, социальных и культурных проблем.

Создание в структуре первичной медико-санитарной помощи отечественного здравоохранения службы общепрактикующих врачей (И.Н. Денисов, А.И. Иванов, 1998) позволит:

- расширить формы организации оказания первичной медицинской помощи гражданам;

- обеспечить гражданам право на выбор врача общей практики;

- более эффективно и экономично использовать медицинские кадры и материальные ресурсы здравоохранения;

- улучшить показатели здоровья населения;

- увеличить объем МП, оказываемой гражданам на догоспитальном этапе;

- повысить качество первичной медицинской помощи;

- улучшить характер взаимоотношений между врачами и пациентами.

Министерством здравоохранения России приказом от 30.12.99 г. № 463 утверждена отраслевая программа «Общая врачебная (семейная) практика», целью которой является формирование основ и условий повышения эффективности работы врача общей (семейной) практики. Для этого необходимы:

- совершенствование организационно-методической базы для ускорения реформы;

- развитие комплексной системы профессиональной подготовки и переподготовки, повышения квалификации кадров для ОВП;

- внедрение рациональных форм и методов организации первичной медицинской помощи на базе ОВП в ее взаимосвязи со специализированными видами МП, помощи на дому, включая скорую и неотложную;

- разработка и реализация механизмов повышения доступности, эффективности и качества медицинской помощи;
- создание и апробация информационного обеспечения..

По мнению Р.С. Гаджиева подготовительный период перехода к ОВП в сельской местности включает:

- изучение демографического состава населения;
- создание посемейной картотеки, медико-социального паспорта семей на территории обслуживания;
- изучение потребности населения в разных медицинских услугах;
- изучение состояния здоровья сельского населения;
- подготовка и переподготовка кадров;
- проведение профилактических осмотров населения;
- приобретение необходимого оборудования и инструментария;
- изменение штатного расписания.

Врач общей (семейной) практики на селе совместно с представителями других ведомств (образования, социальной защиты, полиции и др.) должен обеспечить:

- просвещение по проблемам охраны здоровья на индивидуальном и семейном уровнях;
- пропаганду здорового образа жизни;
- охрану матери и ребенка, планирование семьи;
- осуществление первичной и вторичной профилактики;
- выполнение комплекса санитарно-противоэпидемических мероприятий;
- содействие обеспечению рационального питания, особенно в детских дошкольных и школьных учреждениях;
- необходимую социальную помощь;
- максимально возможный объем реабилитационных мероприятий и др.

В Республике Алтай организация ОВП началась в 2003 году, и к 2006 году их количество достигло 14, что составляет почти 9 % от всей участковой службы (табл. 4.2).

Одна ОВП организована в отдаленном микрорайоне города, а остальные на базе участковых больниц и сельских врачебных амбулаторий.

Темпы прироста их в республике за 4 года были такими же, как в Российской Федерации за период с 2000 года по 2005 год, превысив темпы по СФО. Как показала практика, внедрение ОВП было вполне оправданным, особенно в УБ и СВА, что дало положительные результаты.

Таблица 4.2

Общеврачебные практики в Республике Алтай (2000-2006 гг.)

Показатели	Территория	Год наблюдения						
		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Число врачей общей практики	РА	-	-	-	3	5	8	14
	РФ	1631	1793	2339	3092	3940	4909	6300
	СФО	216	296	267	337	393	483	608
Обеспеченность врачами общей практики (на 10000 населения)	РА	-	-	-	0,15	0,25	0,44	0,68
	РФ	0,11	0,13	0,16	0,22	0,28	0,34	0,44
	СФО	0,11	0,14	0,13	0,17	0,20	0,24	0,31

В целях приближения квалифицированной медицинской помощи сельскому населению не потеряла своей актуальности выездная консультативная работа в ЦРБ и врачей сельских врачебных участков, которая была активизирована в последние годы, когда улучшилось финансирование отрасли. В результате за период с 2002 по 2006 годы количество выездов возросло на 70 %, количество выехавших специалистов на 65 %, осмотренных лиц на 80 %.

Число выездов специалистов республиканского центра медицины катастроф в районы республики возросло на 22 в том числе санитарной авиацией на 26. Принятые меры позволили добиться значительного снижения общей смертности на селе (на 11 %) по сравнению с показателями в городской местности (на 2 %) и снизить послеоперационную летальность в 4 раза.

Выездная работа осуществлялась на основе методических рекомендаций по организации передвижных форм оказания медицинской помощи населению и деятельности организационно-методических кабинетов республиканских лечебно-профилактических учреждений по планированию и организации медицинской помощи сельскому населению. При этом активно используется пере-

движной диагностический комплекс, приобретенный по федеральной целевой программе «Преодоление последствий радиационных аварий» и позволяющий проводить фиброгастроскопию, ультразвуковое исследование, электрокардиографию, лабораторное обследование в самых отдаленных населенных пунктах.

Важнейшим направлением в деятельности учреждений здравоохранения республики является профилактическое, включающее несколько составляющих. Это повышение уровня санитарной культуры, мероприятия, направленные на предупреждение заболеваний, в том числе профилактические осмотры, диспансеризация, вакцинация, раннее выявление заболеваний и многое другое. За последние 10 лет отмечается увеличение охвата профилактическими осмотрами сельского населения с 65,7 до 84 %. Благодаря специалистам первичного звена, в 2007 году в рамках реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» охват диспансеризацией работающего населения в возрасте 35-55 лет составил 100% от плана (7773 человека), периодическими медицинскими осмотрами лиц, занятых с вредными условиями труда, – 100 % от плана (1284 чел.), прививками от вирусного гепатита, краснухи, гриппа – 100 %, от полиомиелита – 91 %.

**Работа с кадрами.** Эффективное функционирование любой национальной системы здравоохранения обеспечивается ее кадровыми ресурсами. В связи с этим кадровая политика является одним из приоритетов в управлении и развитии отрасли. Ее стратегия строится с учетом особенностей развития национального здравоохранения, оптимизации мер по управлению персоналом, в т.ч. с учетом накопленного мирового опыта.

Важнейшим условием совершенствования системы охраны здоровья и повышения качества медицинского обслуживания населения является научное обоснование решения вопроса обеспечения медицинскими кадрами, прежде всего сельского здравоохранения, где эта проблема стоит особенно остро. Являясь наиболее ценной, значимой частью ресурсов здравоохранения, медицинские кадры в конечном итоге обеспечивают результативность и эффективность деятельности как всей системы здравоохранения в целом, так и отдельных ее структур и служб.

В Республике Алтай данному вопросу уделяется большое внимание, особенно целевой подготовке врачебных кадров для села. Ежегодно заключаются договоры с медицинскими вузами Новоси-



бирской, Томской, Омской, Кемеровской областей и Алтайского края. В соответствии с потребностью во врачебных кадрах распределяются квоты по районам республики. В итоге ежегодно осуществляется целевой набор до 50-60 человек, около 80 % из которых являются выпускниками сельских школ. Заключаются трехсторонние договоры между высшими учебными заведениями, главами муниципальных образований и студентами, поступившими на целевой основе в медицинские образовательные учреждения, после окончания которых, ими, прежде всего, укомплектовываются сельские ЛПУ.

Так, за период с 2002 по 2006 год на контрактной основе в медицинские вузы направлено более 200 человек, в т.ч. выпускников сельских школ более 160.

Известно, что выпускники большинства сельских школ менее подготовлены к поступлению в вузы, чем их городские сверстники. Поэтому для них на базе Республиканского центра довузовской подготовки организовано углубленное изучение предметов, по которым предстоит сдавать вступительные экзамены, используя для этого каникулярное время, для чего в республиканском центре собирают всех желающих поступить в медицинские учебные заведения.

Несмотря на принимаемые меры, остаются нерешенными следующие проблемы в области управления кадровыми ресурсами:

1. Несоответствие численности и структуры кадров объемам деятельности, задачам и направлениям реформирования отрасли.

2. Наличие диспропорции в структуре медицинского персонала:

– между врачами общего профиля и узкими специалистами, врачами и средними медицинскими работниками;

– между различными территориями, городской и сельской местностью;

– между учреждениями специализированных видов медицинской помощи и первичным звеном.

3. Несовершенство нормативно-правовой базы.

4. Несоответствие подготовки специалистов потребностям практического здравоохранения и задачам структурной перестройки отрасли.

5. Отсутствие научно обоснованных методов планирования численности медицинского персонала.

6. Недостаточность социальной защищенности медицинских работников.

7. Низкий уровень оплаты труда, не способствующий привлечению и закреплению специалистов в отрасли.

8. Усиление тенденции оттока молодых специалистов из отрасли.

9. Низкий уровень участия в решении кадровых вопросов профессиональных общественных организаций.

Формирование стратегических позиций, направленных на сбалансированное развитие кадровых ресурсов, – одна из важнейших задач современного здравоохранения.

По нашему мнению, кадровая политика должна включать в себя три взаимосвязанных направления:

- планирование и оптимизация численности и структуры кадров;

- совершенствование подготовки кадров;

- управление человеческими ресурсами здравоохранения.

Исходя из этого основными концептуальными задачами по реализации кадровой политики в здравоохранении являются:

1. Обеспечение дальнейшего развития комплексной системы планирования кадровых ресурсов с учетом структуры потребности отрасли, их рационального размещения и эффективного использования.

2. Повышение профессионального уровня работников здравоохранения на основе дальнейшего развития системы непрерывного образования, совершенствования системы государственных образовательных стандартов подготовки специалистов.

3. Повышение уровня жизни работников здравоохранения, приведение системы оплаты труда в соответствие со сложностью, количеством и качеством оказания медицинской помощи.

4. Обеспечение правовой и социальной защиты работников отрасли, развитие государственного и социального страхования, повышение эффективности мероприятий по охране труда.

5. Проведение реформы кадровой службы здравоохранения в соответствии с принципами и требованиями современной теории научного управления человеческими ресурсами.

Несмотря на сложность ситуации в сельской местности до настоящего времени не уделяется должного внимания решению кадровой проблемы в отрасли. Практически повсеместно не организо-

вана должным образом работа по профориентации, она не носит системного характера с использованием всех форм и методов (организация специализированных классов, медицинских кружков в школах, дней «открытых дверей» в ЛПУ, регулярных встреч медицинских работников с выпускниками и т.д.).

Как показали наши исследования, работа по привлечению и закреплению врачей в сельских ЛПУ организована недостаточно. Только в половине ЦРБ выплачиваются «подъемные», в каждой пятой устанавливается персональная надбавка к заработной плате молодых специалистов. В половине районов осуществляется помощь в решении квартирного вопроса – в четырех готовы их предоставить, в одном снимают жилье для специалистов. Льготы на коммунальные услуги предоставляются только в каждом пятом районе. Льготную ссуду на строительство жилья предлагают в одном районе и еще в одном вне очереди предоставляют место в детском садике.

Из сказанного выше понятно, что следует активизировать и систематизировать эту работу. Она должна включать в себя, прежде всего, профориентацию: встречи медицинских работников со школьниками, «дни открытых дверей» в ЛПУ, организацию медицинских кружков. В районных центрах необходимо формировать медико-биологические классы, которые позволят учащимся лучше познакомиться со спецификой профессии врача или среднего медицинского работника, сократить число лиц, которые вскоре после зачисления в учебное медицинское учреждение покидают его, осознав, что ошиблись в выборе профессии.

Учитывая сложность ситуации с обеспечением врачами сельских ЛПУ, необходима разработка концепции кадровой политики в каждом субъекте РФ, в каждом районе. В последующем, следует создать на основе системного подхода научно-обоснованные программы, которые бы обеспечили организацию профориентации, подготовку специалистов на контрактной основе и создание благоприятных (привлекательных) условий для проживания медицинских работников в сельской местности (достойная заработная плата, обеспечение жильем и т.д.). Все вышеизложенное позволит, в конечном счете, обеспечить сельское здравоохранение медицинскими работниками в необходимом количестве.

#### 4.4. Нормативно-правовое обеспечение реформирования отрасли

Одной из причин затянувшегося реформирования отрасли является недостаточное его нормативно-правовое обеспечение. Поэтому необходима подготовка, по крайней мере, временных документов, регламентирующих работу здравоохранения в новых условиях. Сотрудничество органов и учреждений здравоохранения с органами исполнительной и представительной власти всех уровней способно обеспечить достаточную нормативно-правовую базу здравоохранения на уровне субъекта РФ. Необходимо определить принципы и порядок сотрудничества его с вновь появившимися структурами, такими как ФОМС, СМО, отношения с которыми до настоящего времени остаются не до конца отрегулированными.

Прежде всего, это нормативные документы, регламентирующие то или иное направление деятельности. Часть из них уже подготовлена и рекомендуется Минздравсоцразвития РФ для применения на практике, однако перечень их достаточно ограничен. В настоящее время в республике используются:

1. Стандарты оснащения сельских ЛПУ (ЦРБ, УБ, СВА).
2. Стандарты оказания медицинской помощи.
3. Формуляры лекарственных препаратов для ЛПУ.
4. Критерии оценки эффективности работы участковых врачей и врачей общей практики, медицинских сестер, работающих с ними.
5. Ежегодно на уровне Правительства РА утверждается Территориальная программа государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации на территории Республики Алтай бесплатной медицинской помощи.
6. Государственный заказ на стационарную медицинскую помощь и др.

Как уже отмечалось ранее, оказание медицинской и профилактической помощи в республике осуществляется в соответствии с Законом РА от 3 ноября 1999 года № 1408 «Об охране здоровья населения Республики Алтай» и строится в последние годы на основе программно-целевого планирования в целях более быстрого получения эффекта и рационального, целенаправленного использования средств отрасли. В соответствии с Законом, в РА разработано 15 республиканских целевых программ (РЦП).

В рамках РПЦ «Профилактика и лечение артериальной гипертонии в Республике Алтай на 1998-2005 годы» Республика Алтай в 2003 году вошла в российско-американский проект «Управление качеством медицинской помощи – Россия» по работе над проблемой «Артериальная гипертония в первичном звене». Проект разработан в рамках приоритетного направления деятельности «Доступность качественной медицинской помощи» Комитета по здравоохранению российско-американской межправительственной комиссии по экономическому и технологическому сотрудничеству. Цель проекта: усиление информационно-просветительной работы, выявление на ранних стадиях больных артериальной гипертонией (АГ) участковыми терапевтами и средними медработниками, снижение количества осложнений ее.

В ходе реализации данного проекта во всех ЛПУ проводился ежемесячный мониторинг ситуации по выявлению и лечению больных с артериальной гипертонией, внедрены стандарты лечения больных с АГ, укреплена МТБ, проведены выездные семинары, фельдшерами возобновлены подворные обходы, улучшилась профилактическая работа на уровне фельдшерско-акушерских пунктов, сельских врачебных амбулаторий, участковых больниц и доврачебных кабинетов, внедрены школы «Артериальной гипертонии».

В итоге выявляемость гипертонической болезни возросла почти в 2 раза, с 80 до 150 при нормативе 150-200 на 1000 жителей, снизилось число инфарктов миокарда на 3-5 %, инсультов на 7-10 %, гипертонических кризов на 5-10 %.

Учитывая высокую заболеваемость туберкулезом на территории Республики Алтай с 2002 по 2004 годы, реализована программа DOTS с участием «Общества развития Гальбштадт». При этом выявление и лечение больных туберкулезом осуществлялось с применением методик, рекомендованных ВОЗ. В рамках данного проекта во все амбулаторно-поликлинические учреждения республики поставлено необходимое лабораторное оборудование с расходными материалами и противотуберкулезные препараты, внедрены стандарты лечения больных туберкулезом, проведены выездные семинары с участием врачей и средних медработников ЦРБ, УБ, СВА и ФАПов, ежемесячно проводился мониторинг реализации программы. В каждом районе на уровне Главы района или заместителя по социальным вопросам организованы и проведены совещания с участием заинтересованных ведомств (Министерства внутренних дел,

санэпидслужбы, соцзащиты и др.). Ежегодно Республиканским противотуберкулезным диспансером проводится 15 и более выездов по оказанию практической и организационно-методической работы, в том числе 5 бригадных. Усилено взаимодействие между МЗ РА и Управлением исполнения наказаний Министерства юстиции РФ по профилактике и лечению туберкулеза.

В результате принятых мер охват населения профилактическими осмотрами на туберкулез увеличился на 17 в том числе флюорографическими на 28 %, возросла выявляемость его в первичном звене в 1,5 раза, улучшилась эффективность лечения (закрытие полостей распада на 8,5 %, абациллирование на 1,2 %).

Минздравом РА проводилась целенаправленная работа по снижению младенческой смертности. Проведен глубокий анализ причин смертности детей первого года жизни и способствующих этому условий, изучен опыт других территорий РФ и зарубежных стран. Научно обоснован и включен в программу ряд мер, которые обеспечили снижение показателя младенческой смертности:

- приказом МЗ РА утверждены показания и порядок доставки новорожденных из районов в Республиканскую детскую больницу;

- изданы приказы о йодпрофилактике среди беременных и кормящих матерей и о своевременных консультациях хирургом всех детей раннего возраста с острыми кишечными заболеваниями;

- внедрено мониторингирование основных показателей, характеризующих деятельность педиатрической и акушерско-гинекологической служб, в том числе смертность детей до 1 года;

- проводится генетическое консультирование беременных с риском врожденной патологии у плода, организовано ультразвуковое исследование и обследование на цитомегаловирусную инфекцию и хламидийную инфекцию методом иммуноферментного анализа всех беременных с целью выявления патологии плода;

- внедрены телемедицинские технологии, которые предусматривают дистанционное консультирование беременных из групп высокого риска по патологии плода, в т.ч. с передачей результатов ультразвукового обследования в республиканскую больницу;

- Республиканский центр медицины катастроф оснащен современным медицинским оборудованием для транспортировки новорожденных из сельских районов в республиканский центр, в т.ч. переносным транспортным инкубатором, аппаратом искусственной вентиляции легких для детей и новорожденных;

– во всех ЦРБ назначены ответственные терапевты, прошедшие повышение квалификации по наблюдению за беременными женщинами.

Большое внимание, уделяемое со стороны МЗ РА и учреждений здравоохранения РА вопросам охраны здоровья женщин и детей, позволило добиться снижения материнской и младенческой смертности.

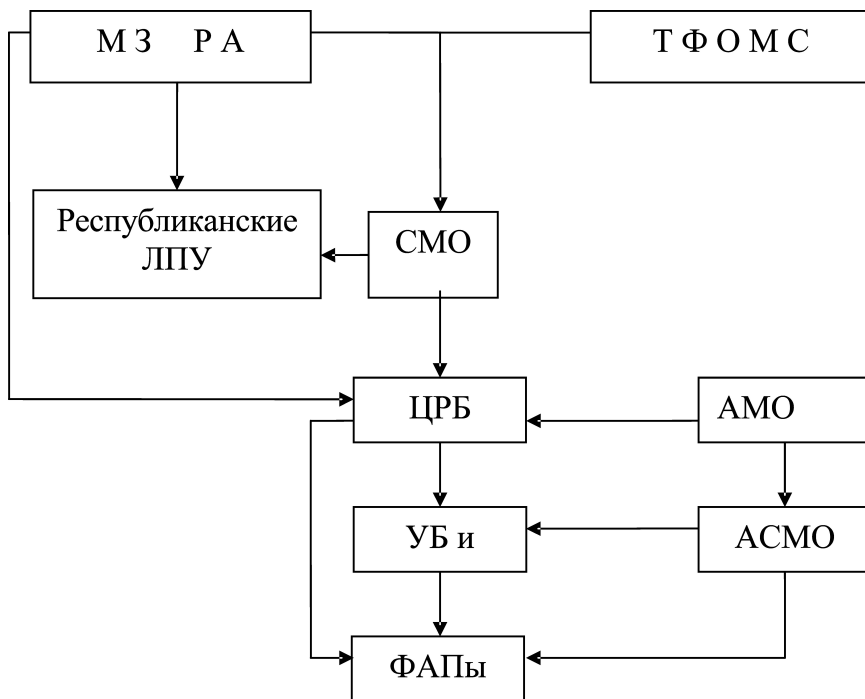
#### **4.5. Взаимодействие всех субъектов системы здравоохранения республики. Информационно-методическое обеспечение**

Успешное функционирование системы здравоохранения невозможно без эффективного взаимодействия со всеми субъектами отрасли, а также органами исполнительной и представительной власти всех уровней, немедицинскими службами (рис. 4.3).

В настоящее время очень важное значение для здравоохранения имеет информационно-методическое обеспечение как управления отраслью, так и деятельностью отдельного ЛПУ. В связи с этим перед главными специалистами РА поставлена и решается задача максимального обеспечения как ЛПУ, так и отдельных сотрудников необходимыми методическими рекомендациями, прежде всего в соответствии с основными направлениями приоритетного национального проекта «Здоровье», направленных на совершенствование первичной медико-санитарной службы, снижение смертности среди лиц трудоспособного возраста, обеспечение приоритетности профилактической направленности в работе ЛПУ и др. За последние годы подготовлено и утверждено на уровне МЗ РА более десятка методических рекомендаций. В том числе по профилактике, раннему выявлению и лечению артериальной гипертензии, туберкулеза, онкологических заболеваний.

Все большее значение в развитии страны и здравоохранения приобретают общественные организации, представляющие интересы как социальных групп населения (инвалиды, пенсионеры и др.), так и различных профессий. К ним относятся и те, которые были созданы еще в СССР – общество Красного Креста и Красного Полумесяца, профсоюз работников здравоохранения, общества различных специалистов, получивших сейчас название ассоциаций и др. Вместе с тем, в начале 90-х годов прошлого столетия появились

и новые организации, которые, занимая активную позицию, вносят своей деятельностью существенный вклад в развитие и совершенствование здравоохранения (ассоциации врачей и средних медицинских работников, государственные и общественные организации по защите прав пациентов, общества инвалидов и др.).



*Рис. 4.3.* Схема взаимодействия субъектов сельского здравоохранения Республики Алтай.

**Условные обозначения:** МЗ РА – Министерство здравоохранения Республики Алтай; ТФОМС – территориальный фонд ОМС; СМО – страховые медицинские организации; ЦРБ – центральные районные больницы; УБ – участковые больницы; СВА – сельские врачебные амбулатории; АМО – администрация муниципального образования; АСМО – администрация сельского муниципального образования; ФАП – фельдшерско-акушерский пункт.



Общественные организации не только способствуют повышению престижа здравоохранения, но и активно участвуют в формировании нормативно-правовой базы реформирования здравоохранения. Естественно, сотрудничество с ними способствует принятию более эффективных мер, созданию более совершенных документов, выполнение которых позволяет обеспечить эволюционное развитие здравоохранения с меньшими потрясениями, в том числе и на муниципальном уровне.

#### **4.6. Роль и место Управления Росздравнадзора по Республике Алтай в повышении качества и доступности медицинской помощи населению**

Развитие здравоохранения и его модернизация, повышение качества медицинской помощи невозможны без современной контрольно-разрешительной системы, которая не просто фиксирует негативные явления, а управляет общественными рисками, связанными со здоровьем людей, их социальным благополучием, осуществляет профилактику нарушений законодательства в сфере здравоохранения.

Именно эти функции возложены на созданную в соответствии с Указом Президента РФ от 09.03.2004 г. №314 «О системе и структуре федеральных органов исполнительной власти» Федеральную службу по надзору в сфере здравоохранения и социального развития (Росздравнадзор), находящуюся в ведении Министерства здравоохранения и социального развития России.

В Республике Алтай Территориальный орган Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития создан в феврале 2006 года.

Федеральной службой осуществляется лицензирование 7 видов деятельности, контроль за качеством оказания медико-социальной помощи и комплекс мероприятий по выявлению фальсифицированных и недоброкачественных лекарственных средств, контрафактных изделий медицинского назначения.

В целях совершенствования системы государственного контроля за качеством лекарственных средств, Управлением Росздравнадзора по РА проводится работа по выявлению недоброкачествен-

ных и фальсифицированных лекарственных средств, в том числе с привлечением правоохранительных органов.

В соответствии с приказом Минздравсоцразвития РФ от 22.03.2006 г. № 187 «О системе управления приоритетным национальным проектом в сфере здравоохранения» специалисты Управления Росздравнадзора осуществляют контроль за выполнением мероприятий по реализации приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения на территории региона (далее – Проект). Всего за период 2006-2008 гг. в данном направлении проведено 147 комплексных проверок, в том числе в 2006 г. – 30, в 2007 г. – 60, в 2008 г. – 57.

С целью контроля за своевременной подготовкой и переподготовкой специалистов здравоохранения, а также целевым и эффективным использованием федеральных средств, начата работа по созданию Федерального регистра медицинских и фармацевтических работников (далее – Регистр). В базе данных Регистра по Республике Алтай содержатся сведения о 3233 медицинских работниках, из них 437 врачей и медицинских сестер участкового звена, получающих федеральные доплаты.

В итоге за три года реализации Проекта уменьшилось с 40 % до 16 % количество медицинских работников, не повышавших свою квалификацию в течение последних 5 лет.

В результате проведения эффективного контроля за качеством оказания медицинской помощи в учреждениях родовспоможения и целевым использованием средств, полученных за оказание медицинских услуг по родовым сертификатам, значительно укреплена материально-техническая база учреждений родовспоможения, Правительством РА решен вопрос об организации с 01.01.2008 года «Республиканского перинатального центра» на базе МУЗ «Горно-Алтайский городской родильный дом». В связи с этим по РА снизилась младенческая смертность с 15,4 ‰ (2006 г.) до 11,3 ‰ (2008), т.е. на 26,6 %, уменьшилось количество жалоб от населения.

За 2006-2008 годы число граждан, получивших специализированную помощь по федеральным квотам, увеличилось в 1,4 раза.

Анализ осуществления деятельности Управления Росздравнадзора по Республике Алтай за период 2006-2008 годы в сфере здравоохранения и социального развития региона указывает на рост числа контрольно-надзорных мероприятий в 2,3 раза.

Таким образом, сформированная в настоящее время контрольно- разрешительная система в сфере здравоохранения и социального развития, имеющая четкую организационную структуру в центре и в субъектах РФ, является важным механизмом обеспечения и контроля соблюдения прав граждан на доступную и качественную медицинскую помощь.

## **ГЛАВА 5. ЭКОНОМИЧЕСКАЯ И МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОВЕДЕННЫХ ПРЕОБРАЗОВАНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ АЛТАЙ**

Основной целью преобразования в здравоохранении является расширение доступности и повышение качества медицинской помощи на основе оптимизации структуры и рационализации использования ресурсов отрасли.

Для ее достижения предполагалось решить несколько задач:

- обеспечить приоритетность профилактической направленности в работе ЛПУ;

- добиться наиболее полного удовлетворения потребности населения в медицинской помощи, обеспечить равную доступность ее всем гражданам независимо от места проживания и других признаков (национальных, религиозных, социальных, экономических и т.п.);

- повысить медицинскую, социальную и экономическую эффективность на основе рационального использования имеющихся ресурсов;

- обеспечить качество медицинской помощи, преемственность в оказании ее;

- совершенствовать лечебно-профилактическую помощь населению на основе использования современных медицинских и организационных технологий.

Исходя из выше изложенных принципов, была создана организационно-функциональная модель здравоохранения субъекта РФ с низкой плотностью населения, преимущественно проживающего в сельской местности. Даже неполное внедрение модели в практику здравоохранения республики способствовало улучшению его функционирования, повышению качества и доступности медицинской помощи населению, сделало здравоохранение экономически более эффективным и приспособленным к нуждам конкретных людей.

### **5.1. Экономическая эффективность**

Проводимые в республике преобразования были направлены на оптимизацию структуры здравоохранения, рационализацию ис-

пользования ресурсов отрасли, расширение объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, и сокращение ее в стационарах с круглосуточным пребыванием, где за 5 лет количество коек сократилось на 10 %. Это способствовало тому, что на 11 % повысилась стоимость содержания оставшихся.

Обеспеченность койками в стационарах с круглосуточным пребыванием в расчете на 10000 населения приблизилась к средне-российскому показателю. В последние годы в СФО этот показатель несколько увеличился, в то время как в Республике Алтай он стабильно снижается. Так, в 2006 году в РА по сравнению с 2002 годом количество коек уменьшилось на 4,3 %. За этот же период в России оно увеличилось на 2,5 %, а в СФО на 4,7 %.

В Республике Алтай повысилась интенсивность работы круглосуточных стационаров. Продолжительность пребывания больных сократилась с 11,8 дней (2002 г.) до 10,5 (2006 г.), т.е. на 11,6 %, и является самой низкой в СФО. В то время как в РФ она снизилась на 6,8 %, в СФО на 6,3 %. Работа койки за этот период выросла с 328,0 дней в году до 332,1 дня, что значительно выше данных по РФ – 317,0 дней и СФО – 316,0 дней.

Число лиц, получивших лечение в стационарах с круглосуточным пребыванием (на 100 человек), сократилось на 5,8%, однако значение этого показателя на 29 % и 40 % выше, чем по СФО и РФ, соответственно. Это обусловлено значительным удалением части населения от ЛПУ, проживанием людей в труднодоступных местах. В связи с этим приходится госпитализировать тех, кого можно обследовать и лечить в амбулаторных условиях. Определенную роль играет старение населения, наиболее характерное для сельской местности, которое ведет к увеличению лиц, нуждающихся в госпитализации. Вместе с тем, рост числа госпитализированных является и признаком расширения доступности медицинской помощи.

Проведенные мероприятия позволили увеличить расходы на одного выбывшего из стационара с круглосуточным пребыванием в 2006 году до 8358 рублей, что в 1,5 раза больше, чем в 2004 году. Если бы все получившие стационарное лечение прошли только через стационар с круглосуточным пребыванием, то расходы на одного выбывшего составили всего 6907 рублей.

В стационарах с круглосуточным пребыванием и дневных стационарах в 2006 году пролечено на 16120 человек (22,0 %) больше, чем в 2002 году. В стационарах с круглосуточным пребы-

ванием рост составил 9,3 %, в то время как в дневных стационарах число госпитализированных увеличилось в 2,8 раза.

О расширении доступности МП свидетельствует и возросшее количество посещений на одного жителя с 7,1 в 2002 году до 8,6 в 2006 году, т.е. на 21 %, в то время как по СФО этот показатель снизился с 8,9 (2002 г.) до 7,7 (2006 г.).

Опережающими темпами шло финансирование ДС, оно стало самым высоким в СФО. Так, в расчете на одного жителя оно увеличилось в 2006 году в 2,5 раза, в то время как стационарная помощь – в 1,5 раза по сравнению с 2004 годом.

Расширение МП, оказываемой в амбулаторных условиях, и повышение ее качества привело к сокращению количества выездов скорой медицинской помощи с 433,0 (2002 г.) до 326 (2006 г.), т.е. на 24,7 %. За указанный период по СФО произошло увеличение этого показателя на 5,7 %.

В результате сокращения количества выездов стоимость одного вызова в 2006 году возросла в 2,7 раза по сравнению с 2004 годом и приблизилась к среднему показателю по СФО. За указанный период расходы на службу скорой помощи увеличились всего в 2,4 раза.

Несмотря на сложность социально-экономической ситуации в РА, все большее распространение получают платные медицинские услуги, что свидетельствует о расширении доступности МП. В 2006 году по сравнению с 2004 годом в расчете на одного жителя рост составил 1,63 (по СФО 1,52), но по-прежнему, платные медицинские услуги в РА оказываются почти в 2 раза меньше, чем по СФО.

## **5.2. Медико-социальная эффективность**

В республике достаточно много внимания уделяется вопросам профилактики, причем организация ее носит комплексный характер, в результате чего в последние годы получены хорошие результаты.

Подтверждением того, что профилактике уделяется повышенное внимание, является высокий удельный вес посещений поликлиники с профилактической целью в общей их структуре – 40,5 %, СФО – 33 %.

Таблица 5.1

Некоторые показатели, характеризующие качество оказания МП  
(2002-2006 годы)

Наименования показателей	Территория	Год наблюдения				
		2002	2003	2004	2005	2006
Смертность детей до 1 года (на 1000 родившихся)	РФ	15,5	12,4	11,6	10,97	10,22
	СФО	20,2	15,8	12,9	12,26	11,40
	РА	27,6	23,3	17,7	14,27	15,27
Материнская смертность	СФО	38,3	37,6	23,9	35,4	27,6
	РА	0,0	0,0	0,0	0,0	29,5
Охват профосмотрами (% от подлежащих)	СФО	84,5	81,4	90,0	91,7	91,8
	РА	84,8	85,0	95,4	94,8	96,4
Охват «Д» наблюдением (на 1000 нас.)	СФО	324,0	326,3	345,7	352,6	368,3
	РА	314,5	339,6	362,3	386,3	391,9
Охват «Д» наблюдением с болезнями системы кровообращения (на 1000 нас.)	СФО	54,4	59,1	72,6	71,2	80,7
	РА	53,4	69,5	114,3	97,9	112,3
Операций на 1 ставку хирурга в поликлинике	СФО	н/д	н/д	123,6	121,4	117,5
	РА	н/д	н/д	307,8	210,5	195,5
Посещений в поликлинику с проф. целью (%)	СФО	34,4	33,8	31,5	31,4	33,0
	РА	43,8	45,0	43,3	41,2	40,5
Заболеваемость системы кровообращения (на 1000 населения)	СФО	154,6	165,0	178,6	201,7	222,1
	РА	160,9	176,9	187,0	237,1	256,7
Летальность (%)	СФО	1,2	1,3	1,2	1,3	1,3
	РА	0,9	0,9	0,8	0,9	0,9
Послеоперационная летальность (%)	СФО	0,9	0,9	0,9	0,9	0,8
	РА	1,6	1,3	0,5	0,4	0,4
Летальность экстренных хирургических больных (%)	СФО	н/д	1,7	1,7	1,92	1,87
	РА	1,8	0,9	1,0	1,39	0,81

Охват профилактическими осмотрами в РА вырос с 84,8 % (2002 г.) до 96,4 % (2006 г.) или на 11,6 %, в то время как по СФО анализируемый показатель возрос с 84,5 % до 91,8 % или на 7,3 %. Начиная с 2002 года, данный показатель выше аналогичного показателя по СФО.

Охват диспансерным наблюдением увеличился с 314,5 случаев на 1000 населения в 2002 г. до 391,9 в 2006 г., т.е. на 25 %. По СФО динамика аналогичного показателя менее выражена – с 324,0 до 368,3 на 1000 населения (табл. 5.1).

Диспансеризация осуществляется с учетом определенных МЗ РА приоритетов, в частности, преимущественное внимание уделяется ранней диагностике заболеваний системы кровообращения, в связи с чем, количество выявленной патологии на 1000 населения выше, чем в СФО. Так, если в 2006 году по СФО показатель составлял 222,1, то в РА – 256,7 (табл. 5.1).

Раннее выявление, своевременно проведенная санация, внедрение малоинвазивных методов диагностики и лечения (лапароскопические операции и др.), своевременная транспортировка больных в РУЗы, при наличии показаний и достаточно высокое качество оказываемойМП обеспечивают стабильно низкую общую летальность в стационарах с 2002 по 2006 гг. (по РА – 0,9 %; по СФО колеблется в пределах 1,2-1,3%). Имеет место тенденция снижения послеоперационной летальности (2002 г. – 1,6 %; 2003 г. – 1,3 %; 2004 г. – 0,5 %; 2005 г. – 0,4 %; 2006 г. – 0,4 %) на фоне более высоких показателей по СФО (в течение 2002-2005 гг. – 0,9 %; 2006 г. – 0,8 %) (табл. 21).

Активно ведется в РА борьба с туберкулезом. Этому способствует созданная научно-обоснованная система, включающая в себя подготовку кадров, повышение их квалификации и ответственности, проведение постоянного мониторинга за реализацией мероприятий по профилактике и раннему выявлению туберкулеза.

Охват населения всеми видами осмотров на 6-12% выше, чем в целом по СФО, в т.ч. туберкулинодиагностикой детей и флюорографическим обследованием населения старше 15 лет (табл. 5.2).

Более частое выявление детей с виражом туберкулиновых проб позволяет провести им профилактическое лечение с использованием наряду с медикаментозным лечением, природных факторов в детском противотуберкулезном санатории «Чемал», что позволяет в дальнейшем предупредить развитие у них туберкулеза.



Высокая квалификация, целенаправленность обследования и настороженность специалистов способствуют тому, что в РА больных с впервые установленным диагнозом туберкулеза выявляют больше, чем в СФО при флюорографическом обследовании.

Таблица 5.2  
Профилактика и заболеваемость туберкулезом в Республике Алтай (2002-2006 гг.)

Наименование показателей	Территория	Год наблюдения				
		2002	2003	2004	2005	2006
Охват туберкулинодиагностикой детей	СФО	93,3	95,1	96,4	95,8	103,8
	РА	92,7	92,4	98,2	107,0	109,6
Вираз туберкулиновых проб у детей	СФО	1,8	1,85	1,8	1,9	1,8
	РА	2,25	2,2	2,2	1,9	1,9
Охват населения всеми видами осмотров на туберкулез (%)	СФО	61,0	60,7	62,1	62,9	65,7
	РА	61,1	66,9	68,8	74,6	71,2
Охват флюорографическим обследованием населения старше 15 лет	СФО	51,7	51,4	52,7	53,5	54,8
	РА	49,4	53,0	56,9	64,0	57,1
Выявляемость туберкулеза флюорографическим методом (на 1000 осмотренных)	СФО	1,1	1,2	1,3	1,3	1,3
	РА	1,2	1,3	1,6	1,4	1,6
Уд. вес больных туберкулезом, выявленных при профосмотрах от числа с впервые в жизни установленным диагнозом (%)	СФО	53,0	52,6	55,1	55,0	57,0
	РА	54,0	55,0	56,67	55,1	60,4
Общая заболеваемость туберкулезом (на 100000 населения)	СФО	419,2	413,0	343,8	329,1	310,1
	РА	399,2	392,9	289,4	281,5	266,5

Заболееваемость туберкулезом с впервые в жизни установленным диагнозом (на 100000 нас.)	СФО	124,7	126,1	131,4	133,0	131,5
	РА	129,2	123,3	164,2	165,2	142,0
Доля бак. выделителей среди впервые выявленных больных туберкулезом (%)	СФО	44,7	46,4	45,9	47,2	45,2
	РА	40,2	39,9	43,9	49,0	28,0
Доля больных, умерших в течение 1 года наблюдения (%)	СФО	23,6	22,1	23,7	н/д	24,3
	РА	13,8	11,1	26,1	н/д	12,9

Заболееваемость туберкулезом с впервые в жизни установленным диагнозом (на 100000 населения) в РА также значительно выше, чем в СФО, в то время как общая заболееваемость заметно ниже, чем в среднем по Сибири (табл. 5.2).

Выявление туберкулеза на ранних стадиях способствовала тому, что доля бактериальных выделителей среди впервые выявленных больных туберкулезом значительно ниже, чем в СФО, а также более эффективному их лечению, в результате чего летальность среди данной категории больных в РА в 1,5-2,0 раза ниже, чем в соседних территориях.

Для выяснения оценки медицинскими работниками произошедших в РА изменений в системе оказания медицинской помощи населению, нами было опрошено 473 человека.

Подавляющее число респондентов уверены, что здоровье населения улучшилось, в т.ч. 15,8 % считают, что значительно, лишь 9,2 % отметили ухудшение его, в т.ч. 1,2 % уверены, что ухудшилось значительно. 25,8 % затруднились дать оценку динамике состояния здоровья граждан.

Одним из основных направлений развития здравоохранения является повышение качества медицинской помощи. В том, что оно улучшилось, уверены 74,2 %, в т.ч. 15,0 % – что улучшилось значительно; 8,5 % указали на ухудшение его, при этом 0,8 % считают, что ухудшилось значительно; 17,3 % считают, что изменений не произошло.

Оценивая состояние доступности МП, респонденты считают, что она характеризуется: увеличением посещаемости ЛПУ (13,1 %), количеством госпитализированных с хроническими заболеваниями (17,3 %), ростом числа женщин, получивших помощь в городском родильном доме (28,8 %), активизацией выездной работы (26,5 %). Так, 36,9 % считают, что она значительно улучшилась, 31,5 % – улучшилась незначительно, 27,4 % не заметили каких-либо изменений и лишь 4,2 % указали на ухудшение. Наиболее заметное улучшение выездной работы отмечено в 2006 году, в этом уверены 85,0 %, в т.ч. 47,7 % указали, что изменения произошли заметные.

В последние годы в РА стали уделять больше внимания вопросам повышения квалификации, что отмечено подавляющим большинством (82,3 %) опрошенных. 76,9 % указали, что повысилось качество организации и содержания проводимых в ЛПУ конференций, семинаров и т.д.

По мнению всех участников опроса, в РА улучшилась профилактическая работа, на это указали 88,9 % в связи с тем, что: открыты отделения профилактики (21,6 %), охвачено подворными обходами большая часть обслуживаемого населения (30,4 %), активнее наблюдаются пациенты с хроническими заболеваниями (16,9 %), созданы школы для больных артериальной гипертензией (16,5 %). На упорядочение и повышение активности санитарно-просветительной работы указали лишь 14,6 %.

Самую объективную оценку произошедшим преобразованиям могут дать только потребители медицинских услуг, поэтому нами было опрошено 1073 пациента, из них в 2004 году – 274 и в 2007 году – 319, в 2008 году – 480 человек.

По данным опроса в 2007 г. 66,1 % составили женщины и 33,9 % мужчины. В возрасте до 40 лет было 51,6 % респондентов, после 41 года – 48,4. Были представлены все основные социальные группы: пенсионеры – 9,8 %, инвалиды – 17,5 %, учащиеся – 9,4 %, работники бюджетной сферы – 39,4 %, сотрудники государственных (муниципальных) учреждений – 7,6 %, негосударственного сектора – 6,4 %, безработные и прочие – 9,7 %. Количество безработных сократилось с 14,2 % в 2004 году до 3,1 % в 2007 году. Основная масса опрошенных имела среднее (среднее специальное) и высшее образование (92,5 %), а 7,5 % не имели образования совсем или имели не полное среднее и начальное.

Более половины опрошенных (58,9 %) в 2007 году были знакомы с государственной программой оказания бесплатной медицинской помощи населению, это всего на 4,5 % больше, чем в 2004 году, 22,0 % затруднились ответить, остальные не знали (19,1 %). Полученные результаты свидетельствуют о том, что разъяснительную работу в этом направлении следует активизировать.

Основная масса респондентов проживала в населенных пунктах, где находились ЦРБ, либо СВА, или УБ: 74,8 % в 2004 году и 73,0 % в 2007 году. Большая часть из них – 75,8 % (2004) и 80,8 % (2007) проживала в пределах 50 км от районного центра. При этом 43,9 % указали на то, что их населенные пункты не имеют автобусного сообщения с районным центром, в 11,3 % оно нерегулярное.

Несколько увеличилось количество тех, кто лечится самостоятельно (с 11,7 % до 13,2%). Значительно сократилось количество обращающихся при заболевании на ФАПы, расположенные в их селах (с 51,1 % до 30,0 %). Указанные изменения можно рассматривать как результат повышения доступности врачебной помощи за счет более высокой укомплектованности участковой службы, появления врачей общей практики и более четкой организации приема сельских жителей. Подтверждением тому служит и увеличение тех, кто предпочитает прямое обращение в республиканские учреждения (с 6,9 % до 15,0 %).

Врачебная помощь стала доступнее для жителей населенных пунктов, в которых нет постоянного врача. Более четкое закрепление сельского населения за участковыми врачами, активизация выездной работы привели к тому, что в 13,2 % таких населенных пунктов врачи приезжают несколько раз в неделю, в 22,2 % раз в неделю, в 32,0 % не реже одного раза в месяц. Соответственно, с 32,8 % до 10,3 % сократилось число респондентов, указавших, что к ним врач приезжает не чаще одного раза в год.

К сожалению, стремление повысить доступность врачебной помощи имеет и негативные последствия. Как в 2004, так и в 2007 году количество обратившихся к «узким» специалистам по собственной инициативе превышает 40 % (соответственно 44,2 % и 48,3 %). Это значительно снижает эффективность работы данных специалистов и ограничивает возможности для тех, кто действительно нуждается в их консультациях.

Не осталась, на наш взгляд, без последствий и все возрастающая нагрузка на медицинский персонал: в 2005 году реализация

программы дополнительного лекарственного обеспечения отдельных категорий граждан (выписка рецептов, которая отнимала много времени у врача), в 2006-2007 годах проведение дополнительной диспансеризации работающих граждан и оказание МП при травмах в результате дорожно-транспортных происшествий (в ходе реализации приоритетного национального проекта «Здоровье») без увеличения количества врачебных должностей. Это повлекло за собой и рост недовольства со стороны пациентов. Так, число лиц, не имеющих претензий к медицинским работникам, сократилось с 77,4 % до 63,0 %. В то же время возросло число респондентов, указавших на грубость со стороны медицинского персонала (с 4,4 % до 15,4 %) и невнимание (с 5,1 % до 10,3 %).

Опрос, проведенный в 2008 году (480 пациентов), показал, что 59,2 % респондентов были удовлетворены результатами медицинского обслуживания в стационарах по месту жительства, 26,6 % удовлетворены не в полной мере и только 14,24 % дали отрицательную оценку. Удовлетворенность амбулаторно-поликлиническим обслуживанием отметили 44,17 %, не в полной мере – 21,05 %, не-удовлетворенность – 34,78 % опрошенных.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

При создании современной, эффективной организационно-функциональной модели сельского здравоохранения необходимо основываться на системном подходе и широком применении экономических методов в управлении как в целом в отрасли, так и в отдельном учреждении.

Проводимые мероприятия должны учитывать особенности условий жизни, быта жителей села, удаленность мест их проживания от районных и региональных центров, нередко изоляцию от внешнего мира, а так же специфику сельскохозяйственного труда. Реализовываться они должны в виде федеральных и региональных целевых программ, которые позволяют более рационально использовать выделяемые средства и решать конкретные проблемы, в т.ч. укрепить материально-техническую базу сельских ЛПУ и укомплектование их медицинскими кадрами.

Важным условием успешного функционирования отрасли является взаимодействие всех субъектов системы здравоохранения на основе экономической целесообразности и достаточной нормативно-правовой базы, которая позволила бы четко регламентировать деятельность каждого из них, обеспечить доступность и качество медицинской помощи, при активном участии территориальных контрольно-надзорных органов.

Безусловно, что совершенствование МП сельскому населению, в первую очередь касается первичной медико-санитарной помощи, в связи с чем необходимо:

- принять меры по совершенствованию гигиенического обучения и воспитания населения, усилению пропаганды здорового образа жизни;
- придать государственным (муниципальным) амбулаторно-поликлиническим учреждениям статус автономных некоммерческих организаций, что расширит их самостоятельность как в заработывании средств, так и в их использовании;
- увеличить ресурсное обеспечение амбулаторно-поликлинических учреждений, т.к. они оказывают наибольший объем массовой медицинской помощи;
- расширить применение экономических методов управления отраслью и отдельными учреждениями, более активно внедрять сдельную оплату труда в здравоохранение;

- перевести амбулаторно-поликлинические учреждения на подушевое финансирование и наделить их функцией полного фондодержания, тем самым реализовать принцип оплаты деятельности АПУ в зависимости от состояния здоровья населения (платить за его здоровье), активизировать противозатратные механизмы;

- на федеральном уровне разработать и утвердить порядок проведения меж- и внутриучрежденческих взаиморасчетов за оказанные медицинские услуги;

- завершить создание медицинских стандартов и технологий оказания медицинской помощи на догоспитальном этапе;

- возродить санитарную авиацию, обеспечить ее современными, хорошо оснащенными вертолетами и самолетами, высококвалифицированными кадрами;

- осуществлять поэтапный переход к оказанию МП населению по принципу ОВП, прежде всего в сельской местности.

Успешному разрешению сложившейся в отрасли ситуации будет способствовать разумная децентрализация управления реформой системы оказания МП и принятие на федеральном уровне стратегических решений, которые бы обеспечили:

- сохранение преимущественно государственной системы здравоохранения с параллельным развитием равноправных негосударственных структур и учреждений, создание условия для участия их в обеспечении населения бесплатной МП, в рамках государственных гарантий;

- решение кадровой проблемы, прежде всего для сельского здравоохранения;

- создание достаточной нормативно-правовой базы развития и совершенствования здравоохранения;

- формирование и внедрение экономических механизмов функционирования медицинских учреждений различных организационно-правовых форм.

Реализация предлагаемых мероприятий позволит создать современную, эффективную систему (модель) сельского здравоохранения, возможности которого будут максимально приближены к городскому. Кроме того, повысить санитарную культуру жителей села, сделать приоритетным профилактическую направленность в деятельности учреждений здравоохранения и решить кадровую проблему.

Целесообразность предлагаемых мер подтверждается результатами, полученными в ходе проведения преобразований в Республике Алтай (реструктуризация, создание и реализация республиканских целевых программ и др.) позволили заметно повысить расходы на оказание медицинской помощи, прежде всего, за счет рационализации использования выделяемых отрасли средств. Повысилась и медицинская эффективность, чему способствовало более широкое использование профилактических методов в работе, как участковой службы, так и учреждений в целом.

Это не могло не отразиться на качестве медицинской помощи, которое тоже возросло, о чем свидетельствует снижение младенческой смертности за 5 лет в 1,8 раза, смертности от болезней системы кровообращения на 9 %, органов дыхания на 21 %, послеоперационной летальности в 4 раза, летальности экстренных хирургических больных в 2 раза.



## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. **Абрютина Л.И.** Передвижные медицинские отряды Чукотки / Л.И. Абрютина // *Здравоохранение РФ.* – 1996. – №1. – С. 41-42.
2. **Аскалонов А.А.** Организация медицинской помощи сельскому населению в условиях обязательного медицинского страхования / А.А. Аскалонов, Т.А. Асанова, В.А. Белоусов. – Барнаул. – 1998. – Т. 2. – 108 с.
3. **Аскалонов А.А.** Организация медицинской помощи сельскому населению в условиях обязательного медицинского страхования / А.А. Аскалонов, Т.А. Асанова, В.А. Белоусов. – Барнаул. – 1998. – Т. 3. – 214 с.
4. **Бабенко А.И.** Потери здоровья населения Сибири и стратегия его охраны / А.И. Бабенко: Автореферат дис. ... д-ра мед. наук – М., 1995. – 48 с.
5. **Батыров Ш.Б.** Медико-демографическая характеристика сельских семей и совершенствование их медико-социального обеспечения / Ш.Б. Батыров: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Оренбург, 1991. – 24 с.
6. **Белоусов В.А.** Управление службой охраны здоровья матери и ребенка в регионе с низкой плотностью населения на основе системного подхода / В.А. Белоусов: Автореф. дисс. ... д-ра мед. наук. – Новосибирск, 2003. – 48 с.
7. **Бойко Ю.П.** Концептуальные подходы к реформированию системы охраны здоровья в мире / Ю.П. Бойко, Г.А. Комаров, Л.А. Меламед // *Пробл. управл. здрав.* – 2005. – №2. – С. 5.
8. **Борисов Е.Е.** О реформировании системы здравоохранения в Республике Саха (Якутия) / Е.Е. Борисов, Д.Г. Тихонов // *Здравоохранение РФ.* – 2001. – №3. – С. 29.
9. **Будаев С.Д.** Медико-социальные аспекты охраны здоровья сельского населения Республики Бурятия / С.Д. Будаев: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1996. – 26 с.
10. **Величковский Б.Т.** Социальный стресс, трудовая мотивация и здоровье / Б.Т. Величковский // *Здравоохранение Российской Федерации.* – 2006. – №2. – С. 8-17.
11. **Виблая И.В.** Определение потребности в стационарной помощи на муниципальном и региональном уровнях и пути макси-

мального ее удовлетворения / И.В. Виблая: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – Кемерово, 2004. – 48 с.

12. **Власов М.Н.** Экологическая опасность космической деятельности / М.Н. Власов, С.В. Кричевский. – М.: Наука, 1999. – 238 с.

13. **Вялков А.И.** Теоретическое обоснование и разработка основ региональной политики в здравоохранении / А.И. Вялков: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 1999. – 46 с.

14. **Вялков А.И.** О необходимости внедрения новых экономических моделей в здравоохранении / А.И. Вялков // Экономика здравоохранения. – 2001. – №1. – 5 с.

15. **Вялков А.И.** О задачах по реализации Концепции развития здравоохранения и медицинской науки в 2001-2005 годах и на период до 2010 года. / А.И. Вялков // Экономика здравоохранения. – 2001. – №4-5. – 5 с.

16. **Вялков А.И.** О реализации плана действий Минздрава России по реализации программы социально-экономического развития Российской Федерации на среднесрочную перспективу до 2004 г. / А.И. Вялков // Проблемы управления здравоохранением. – 2002. – №2 (3). – 5 с.

17. **Гаврилов Н.И.** Организация медицинской помощи сельскому населению / Н.И. Гаврилов, В.П. Фофанов. – М.: Медицина, 1982. – 182 с.

18. **Гаджиев Р.С.** Основы управления и организации труда в центральной районной больнице / Р.С. Гаджиев. – М.: Медицина, 1983. – 176 с.

19. **Гаджиев Р.С.** Фельдшерско-акушерский пункт / Р.С. Гаджиев. – М.: Медицина, 1986. – 256 с.

20. **Гаджиев Р.С.** Сельский врачебный участок. / Р.С. Гаджиев. – М.: Медицина, 1988. – 270 с.

21. **Гаджиев Р.С.** Справочник фельдшера / Р.С. Гаджиев. – М.: Медицина, 1990. – Т. 1 – 2. – 985 с.

22. **Гаджиев Р.С.** Современные проблемы управления и организации медицинской помощи сельскому населению / Р.С. Гаджиев: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук (в форме научного доклада). – М., 1992. – 52 с.

23. **Гаджиев Р.С.** Врач общей практики (семейный врач). – М., 2005. – 244 с.

24. **Галкин Р.А.** Пути рационального использования коечного фонда в условиях ОМС / Р.А. Галкин, В.В. Павлов, С.И. Кузнецов // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 1994. – №4. – 9 с.

25. **Галкин Р.А.** К вопросу о реформировании здравоохранения / Р.А. Галкин, И.А. Гехт // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 1998. – №1. – 28 с.

26. **Галкин Р.А.** Организация работы отделений медико-социальной помощи для престарелых в сельских районах / Р.А. Галкин, С.А. Суслин // Здравоохранение РФ. – 2001. – №1. – 8 с.

27. Глобальные тенденции развития человечества до 2015 года // Материалы Национального разведывательного совета США: Перевод с англ. М. Леоновича; под ред. К. Жвакина. – Екатеринбург: У-Фактория, 2002. – 120 с.

28. **Головской Б.В.** Роль фельдшера в системе общеврачебной практики / Б.В. Головской, О.А. Артамонова, Я.Б. Ховаева // Здравоохранение РФ. – 2004. – №1. – 43 с.

29. **Гончарова О.А.** История становления и развития здравоохранения национальных районов юга Сибири в 1922-1941 гг. / О.А. Гончарова. – Томск, 1995. – 96 с.

30. **Гончарова О.А.** Из истории здравоохранения в Горном Алтае / О.А. Гончарова // Горный Алтай и Россия: 240 лет: Материалы научно-практ. конф. – Горно-Алтайск, 1996. – С. 44-48.

31. **Гончарова О.А.** Представления о здоровье человека и методах лечения в системе традиционной культуры алтайцев / О.А. Гончарова // Горный Алтай: история, современность, перспективы: Материалы региональной научной конференции. – Горно-Алтайск, 2003. – С. 249-256.

32. Государственный архив Республики Алтай, ф. 1, оп. 1, д. 196, л. 12.

33. Государственный архив Республики Алтай, ф. 1071, оп. 1, д. 1, л. 39.

34. **Греждан Ф.И.** Обоснование усовершенствованной системы организации амбулаторно-поликлинической помощи населению на сельском врачебном участке / Ф.И. Греждан: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1990. – 26 с.

35. Демидов В.А. Краеведческий материал по истории Горно-Алтайской области / В.А. Демидов. – Горно-Алтайск, 1962. – 85 с.

36. **Демченкова Г.З.** Диспансеризация сельского населения в условиях Сибири / Г.З. Демченкова, В.С. Преображенская, В.Г. Борзов // *Здравоохранение РСФСР.* – 1982. – №7. – 19 с.

37. **Денисов В.Н.** Управление системой охраны здоровья населения на территориальном уровне / В.Н. Денисов: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 1995. – 48 с.

38. **Денисов В.Н.** Муниципальное здравоохранение / В.Н. Денисов, В.М. Чернышев, А.Н. Лайвин. – Новосибирск, 2004. – 286 с.

39. **Денисов И.Н.** Становление семейной медицины в Российской Федерации / И.Н. Денисов // *Медицинская сестра.* – 2000. – №5. – С. 2-4.

40. **Денисов И.Н.** Экономическое обоснование развития общей врачебной практики и семейной медицины / И.Н. Денисов, В.З. Кучеренко, Н.Г. Шамшурина // *ГлавВрач.* – 2005. – №5-6. – С. 9-13.

41. **Денисов И.Н.** Развитие семейной медицины – основа реорганизации первичной медико-санитарной помощи населению Российской Федерации / И.Н. Денисов // *ГлавВрач.* – 2007. – №5. – С. 15-17.

42. Дифференцированные нормативы медицинской помощи населению и ресурсного обеспечения: Методические рекомендации № 99/180 / В.И. Стародубов, Ю.В. Михайлова, Э.Н. Матвеев и др. – М., 2000. – 28 с.

43. **Дмитриева Н.В.** Основные направления создания производства и эксплуатации подвижной медицинской техники / Н.В. Дмитриева // *Материалы науч.-техн. конф.* – Пенза, 1986.

44. **Дзущев Г.М.** Опыт реформирования системы здравоохранения в Республике Коми / Г.М. Дзущев, Н.Н. Альтман // *Экономика здравоохранения.* – 2002. – №1. – С. 14-21.

45. **Елисеева Т.Н.** Особенности организации медицинского обслуживания сельского населения / Т.Н. Елисеева. – М., 1979. – 186 с.

46. **Жилинскас Ю.Ю.** Потребность сельского населения в медицинской помощи, этапность ее удовлетворения и перспективы / Ю.Ю. Жилинскас: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Вильнюс, 1975. – 24 с.

47. **Ильин Б.А.** Организационно-правовые и гуманистические принципы работы отделений сестринского ухода в участковых

больницах / Б.А. Ильин, О.П. Шевцова, В.П. Кузнецов // Здоровоохранение. – 2005. – №7. – 35 с.

48. Информационное обеспечение управления охраны здоровья работающих (проблемы и пути решения) / Г.И. Чеченин, В.В. Захаренков, Н.М. Жилина, И.В. Вибляя // Врач и информационные технологии. – 2004. – № 11. – С. 32-36.

49. **Исаенко С.И.** Социально-гигиенические и организационные аспекты оптимизации деятельности медицинских учреждений сельских районов / С.И. Исаенко: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2001. – 24 с.

50. **Кабакова Т.А.** Некоторые особенности медико-социальной помощи пожилым, проживающим в сельской местности / Т.А. Кабакова, С.В. Камардин, И.А. Камаев // Здоровоохранение РФ. – 2004. – №12. – С. 41-43.

51. **Казак В.К.** Об опыте организации выездов специалистов ЦРБ в сельские населенные пункты района / В.К. Казак // Здоровоохранение РФ. – 1981. – №10. – 27 с.

52. **Кандаракова Е.П.** Организация работы по охране матери и младенчества в Горном Алтае в период становления национальной автономии / Е.П. Кандаракова // Горный Алтай и Россия: 240 лет: Материалы научно-практ. конф. – Горно-Алтайск, 1996. – С. 48-65.

53. Капарулин А.Н. Организация травматологической помощи в сельском районе / А.Н. Капарулин // Здоровоохранение РФ. – 2004. – №6. – 53 с.

54. **Капилевич Л.В.** Факторы формирования качества медицинских услуг в сельских районах Томской области / Л.В. Капилевич, Н.В. Закотнова, С.М. Хлынин // Здоровоохранение РФ. – 2006. – №1. – 21 с

55. **Капитонов В.Ф.** Репродуктивное поведение сельских семей / В.Ф. Капитонов // Здоровоохранение РФ. – 2002. – №3. – 40 с.

56. **Каргинов В.П.** Опыт работы районной больницы по развитию стационарозамещающих технологий в оказании медицинской помощи / В.П. Каргинов, А.А. Кульчиев, В.Д. Слепушкин // Здоровоохранение РФ. – 2003. – №1. – 54 с.

57. **Кац В.Е.** Результаты геоэкологических исследований в районе пос. Акташ, ч. 1: Отчет по договору с Акташским рудоправлением / В.Е. Кац, Ю.В. Робертус, Н.В. Смирнов // Алтайская

геофизическая экспедиция (филиал государственного геоэкологического предприятия «Запсибгеология»). – Новосибирск, 1992. – 52 с.

58. **Кетова Г.Г.** Социально-экономическое обоснование первичной медико-социальной помощи жителям сельской местности в период формирования рыночных отношений / Г.Г. Кетова: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Оренбург. – 1996. – 24 с.

59. **Кодкин А.С.** История, современное состояние и перспективы развития здравоохранения Горно-Алтайской автономной области / А.С. Кодкин: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Барнаул. – 1963. – 24 с.

60. **Колбаско А.В.** Этническая офтальмопатология населения Республики Алтай / А.В. Колбаско: Автореф. дисс. ... д-ра мед. наук. – Новокузнецк. – 2000. – 48 с.

61. **Колядо В.Б.** Актуальные медико-демографические проблемы формирования здоровья сельского населения в субъектах Сибирского федерального округа / В.П. Колядо, С.И. Трибунский, Е.В. Колядо // Общественное здоровье, мониторинг, организация медицинской помощи: Материалы XI межрег. науч.-практ. конф. с межд. участием. – Новокузнецк, 2005. – С. 53-57.

62. **Кравченко Н.А.** Оптимизация ресурсного обеспечения здравоохранения в условиях перехода на систему медицинского страхования как условие удовлетворения потребности населения в медицинской помощи / Н.А. Кравченко, Э.Н. Матвеев // Здоровье населения Российской Федерации и пути его улучшения: 1-я науч.-практ. конф.: Сб. материалов. – М., 1994. – С. 193-194.

63. **Кузьменко М.М.** Медицинские кадры: научно-практические аспекты (современное состояние проблемы) / М.М. Кузьменко // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 1996. – №4. – 42 с.

64. **Курочкин В.С.** О перспективах развития медицинской помощи на селе в Краснодарском крае / В.С. Курочкин // Здравоохранение РСФСР. – 1981. – №10. – 13 с.

65. **Куулар Л.Ы.** Модель и технологические этапы планирования стратегии территориального здравоохранения Республики Тыва / Л.Ы. Куулар: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Новокузнецк, 2009. – 21 с.

66. **Кучеренко В.З.** Маркетинговый анализ качества медицинской помощи в добровольном медицинском страховании: теоретические основы проблемы / В.З. Кучеренко, В.М. Алексеева, Т.В.

Скоморохова // Экономика здравоохранения. – 2003. – №10. – С. 11-14.

67. **Лакунин К.Ю.** Обеспечение медицинской помощи населению сельских муниципальных образований и подходы к планированию в новых социально-экономических условиях / К.Ю. Лакунин: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2001. – 46 с.

68. **Лакунин К.Ю.** Мнение сельского населения о состоянии здоровья и системе оказания медицинской помощи (по результатам социологического исследования) / К.Ю. Лакунин // Развитие системы обеспечения качества медицинской помощи в современных условиях и проблемы оптимизации структуры здравоохранения: Матер. VI науч.-практ. конф. (часть 2). – М., 2001. – С. 154-158.

69. **Логинова Е.А.** Принципы построения сети лечебно-профилактических учреждений с учетом перспективных систем расселения / Е.А. Логинова. – М., 1982. – 47 с.

70. **Лясковик А.Ц.** Состояние здравоохранения в Ямало-Ненецком автономном округе в 1997 году / А.Ц. Лясковик // Вестник межрегиональной ассоциации «Здравоохранение Сибири». – 1998. – №1. – С. 2-23.

71. **Мальгин М.А.** Научный отчет о работе по теме «Геохимическое изучение территории Республики Алтай с целью выявления уровней концентрации радионуклидов и тяжелых металлов в почвенном покрове / М.А. Мальгин. – Барнаул: ИВЭП. – 1994. – 256 с.

72. Медико-географическое зонирование как важнейший элемент современной системы лечебно-профилактической помощи сельскому населению / С.И. Трибунский, В.Б. Колядо, Е.В. Колядо, Т.А. Асанова // Сибирский консилиум. – 2005. – №4(45). – 48 с.

73. Медицинская помощь сельскому населению / А.А. Калининская, С.И. Шляфер, А.К. Дзугаев, Л.А. Мерекина // ГлавВрач. – 2006. – №9. – С. 19-24.

74. **Мелянченко Н.Б.** Реформа здравоохранения России. Иллюзии и реальность / Н.Б. Мелянченко. – М., 1997. – 87 с.

75. Методические рекомендации по оценке медицинской эффективности деятельности лечебно-профилактических учреждений / Ю.А. Тюков, А.Б. Блохин, Т.В. Чернова и др. – М., 2001. – 15 с.

76. **Мефодьев В.В.** Демографические показатели и состояние здоровья населения Тюменской области / В.В. Мефодьев // Здравоохранение РФ. – 2002. – №8. – С. 25-26.

77. **Мешков Н.А.** Комплексное исследование медико-экологической ситуации, сложившейся в РА в связи с влиянием ядерных испытаний на Семипалатинском полигоне: Заключительный отчет о выполнении НИР в соответствии с тематическим планом научных исследований на территории Республики Алтай / Н.А. Мешков. – М., 1994. – 136 с.

78. **Мешков Н.А.** Экологические и медико-биологические последствия воздействия ядерных испытаний на территорию и население Республики Алтай / Н.А. Мешков. – М., 1999. – 143 с.

79. **Михайлова С.А.** Роль экологических и социальных факторов в формировании здоровья детского населения (на примере Республики Алтай) / С.А. Михайлова, А.Г. Сухарев. – М., 2000. – 56 с.

80. **Найговзина Н.Б.** К вопросу внедрения системы общепрактикующих врачей в России / Н.Б. Найговзина, Н.Н. Лебедева // Медицинское страхование. – 1995. – №3. – С. 26.

81. Обеспеченность населения койками дневных стационаров в Самарской области / А.А. Калининская, С.И. Кузнецов, С.И. Шляфер и др. // Главврач. – 2002. – №10. – 20 с.

82. **Овчаров В.К.** К вопросу об оптимизации деятельности стационаров лечебно-профилактических учреждений Тверской области / В.К. Овчаров, Б.И. Могилевский, В.О. Щепин // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 1996. – №4. – С. 32-36.

83. Организация медицинской помощи сельскому населению выездными подразделениями лечебно-профилактических учреждений / С.И. Трибунский, Б.В. Колядо, В.А. Лещенко, Е.В. Колядо // Общественное здоровье, мониторинг, организация медицинской помощи: Материалы XI межрег. науч.-практ. конф. с межд. участием. – Новокузнецк, 2005. – С. 135-140.

84. Отчет Алтайской духовной миссии за 1915 год. – Томск, 1996.

85. Очерки по истории Горно-Алтайской автономной области / Под ред. проф. Л.П. Потапова. – Горно-Алтайск, 1973 – 537 с.

86. Очерки по физиологии и патологии в условиях высокогорья / М.А. Алиев, С.И. Арестова, Р.Б. Султакеев и др. – Л.: Медицина, 1967. – 58 с.



87. **Пахарин В.И.** Опыт организации работы передвижного отделения областной стоматологической поликлиники / В.И. Пахарин // *Здравоохранение РФ*. – 1981. – №10. – С. 25-27.

88. Перспективные направления деятельности сестринского персонала / А.А. Калининская, С.И. Шляфер, А.К. Дзугаев, Д.Г. Мещеряков // *Главврач*. – 2005. – 22 с.

89. **Пивень Д.В.** Планирование и оценка результатов деятельности в сфере здравоохранения / Д.В. Пивень, И.Е. Дудин, А.Е. Агапитов // *Здравоохранение РФ* – 2006. – № 7. – 13 с.

90. **Пирогов М.В.** Новые подходы к формированию и размещению государственного и муниципальных заказов в субъекте РФ / М.В. Пирогов // *Главврач*. – 2006. – № 12. – 10 с.

91. **Потапов Л.П.** Очерки по истории алтайцев / Л.П. Потапов. – М.: Издательство Академии наук СССР, 1953. – 443 с.

92. Потеря здоровья жителей сельских населенных пунктов Алтайского края в зоне ядерных испытаний на Семипалатинском полигоне / Б.В. Колядо, Я.Н. Шойхет, В.И. Киселев, И.Б. Колядо. – Барнаул. – 1998. – 328 с.

93. **Походенько И.В.** Об особенностях течения беременности и родов у неработающих женщин в сельской местности / И.В. Походенько // *Здравоохранение РФ*. – 2002. – №2. – 55 с.

94. **Походенько И.В.** Социально-гигиеническая характеристика неработающих беременных женщин в условиях отдаленной сельской местности / И.В. Походенько // *Здравоохранение РФ*. – 2004. – №1. – 45 с.

95. **Преображенская В.С.** Оценка состояния здоровья и перспективы совершенствования медико-социальной помощи взрослому сельскому населению / В.С. Преображенская: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 1990. – 48 с.

96. **Преображенская В.С.** Основные тенденции кадрового обеспечения в системе регионального здравоохранения / В.С. Преображенская, А.В. Зарубина // *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. – 2002. – № 2. – 302 с.

97. **Ревункова Е.Е.** О традиционных способах лечения у алтайцев / Е.Е. Ревункова, Е.Е. Ситникова // *Всесоюзная сессия по итогам полевых этнографических и антропологических исследований 1982-1983 годов: тезисы докладов*. – Черновцы, 1984. – Ч. 2. – С. 448-450.

98. Результаты опытно-методических работ по составлению геоэкологической карты Республики Алтай: Отчет по НИР / В.Е. Кац, Г.А. Винокурова, М.С. Достовалова. – Майма, 1998. – 139 с.

99. **Рогожников В.А.** Обоснование дифференциального подхода к управлению и финансированию здравоохранения на региональном уровне / В.А. Рогожников // Здравоохранение. – 2002. – №6. – 18 с.

100. **Романенко М.Г.** Социально-гигиеническая оценка планирования территориального здравоохранения в условиях малой плотности расселения жителей (на примере Мирнинского района Республики Саха (Якутия) / М.Г. Романенко: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – Новосибирск, 2003. – 24 с.

101. **Саркисян А.Г.** Стратегическое развитие здравоохранения / А.Г. Саркисян // Экономика здравоохранения. – 2001. – №7-8. – 30 с.

102. **Светличная Т.Г.** Врачебные кадры сельских больниц и их подготовка / Т.Г. Светличная // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 1999. – №2. – 37 с.

103. **Семенов В.Ю.** Основные направления структурных преобразований системы здравоохранения Московской области / В.Ю. Семенов, Г.В. Тамазян, Н.Н. Михневич // Здравоохранение. – 2004. – №5. – С. 47-58.

104. **Серегина И.Ф.** Качество и доступность медицинской помощи – суть реформы здравоохранения / И.Ф. Серегина // Здравоохранение. – 2004. – № 12. – 15 с.

105. Система обеспечения качества медицинской помощи на региональном уровне / С.И. Трибунский, В.Б. Колядо, Е.В. Колядо, Т.А. Асанова // Общественное здоровье, мониторинг, организация медицинской помощи: Материалы XI межрег. науч.-практ. конф. с межд. участием. – Новокузнецк, 2005. – С. 111-117.

106. Современные региональные особенности здоровья населения и здравоохранения России // О.П. Щепин, И.А. Купеева, В.О. Щепин и др. – М.: Медицина, 2007. – 360 с.

107. **Солодкий В.А.** Планирование расходов местных бюджетов на здравоохранение в целях реализации Программы государственных гарантий по обеспечению населения медицинской помощью / В.А. Солодкий // Здравоохранение. – 1999. – № 6. – С. 3-6.

108. **Соломатина Т.В.** Организация лечебно-диагностической помощи жителям отдаленных северных районов Сибири / Т.В. Соломатина, Л.В. Капилевич // *Здравоохранение РФ.* – 2002. – №3. – 26 с.

109. **Соломатина Т.В.** Организация выездной медицинской помощи населению северных регионов Сибири / Т.В. Соломатина // *Здравоохранение РФ.* – 2007. – №2. – 19 с.

110. Социальная гигиена и организация здравоохранения: уч. руководство / Под. ред. Ю.П. Лисицына. – Казань.: Медикосервис, 1998. – 698 с.

111. **Стародубов В.И.** Приоритеты Концепции развития здравоохранения РФ / В.И. Стародубов // *Экономика здравоохранения.* – №7. – 1997. – 11 с.

112. **Стародубов В.И.** Реформы российского здравоохранения: настоящее и будущее / В.И. Стародубов // *Здравоохранение.* – 1999. – №3. – 7 с.

113. **Стародубов В.И.** О ходе выполнения отраслевой программы «Общая врачебная (семейная) практика» / В.И. Стародубов // Тез. докл. Первого всероссийского съезда врачей общей практики. – Самара, 2000. – 254 с.

114. **Стародубов В.И.** О дифференцированных принципах управления здравоохранением на основе комплексного подхода к ресурсному обеспечению / В.И. Стародубов, В.А. Рогожников, Г.Г. Орлова // *Здравоохранение.* – 2002. – №5. – 19 с.

115. **Степанов В.В.** Основные направления развития сельского здравоохранения / В.В. Степанов, Е.А. Финченко. – Новосибирск, 2003. – 300 с.

116. **Стуколова Т.И.** Формирование врача общей практики (семейного врача) как основа реформы первичной медицинской помощи и перехода к системе единого лечащего врача / Т.И. Стуколова // Тез. докл. Первого всероссийского съезда врачей общей практики. – Самара, 2000. – 3 с.

117. **Суслин С.А.** Территориальные различия в обращаемости сельского населения за медицинской помощью / С.А. Суслин // *ГлавВрач.* – 2005. – №4. – 18 с.

118. **Суслин С.А.** Современные подходы к диспансеризации взрослого населения в условиях сельской местности / С.А. Суслин // *ГлавВрач.* – 2005. – №8. – 26 с.

119. **Суслин С.А.** Проблемы совершенствования организации медицинской помощи сельскому населению (обзор литературы) / С.А. Суслин., Р.А. Галкин // Здравоохранение РФ. – 2006. – №1. – 14 с.

120. **Сухоруков Ф.В.** Геохимические исследования территории РА с целью установления уровня загрязнения ее радиоактивными осадками и тяжелыми металлами / Ф.В. Сухоруков. – Новосибирск, 1992. – 204 с.

121. **Сыева С.Я.** Оценка содержания радионуклеидов, тяжелых металлов, токсикантов в сельскохозяйственной продукции / С.Я. Сыева. – Майма, 1995. – 17 с.

122. **Таранов А.М.** Сельское здравоохранение в условиях обязательного медицинского страхования / А.М. Таранов, К.Ю. Лакунин, В.Ф. Чавпечев. – М.: Федеральный фонд ОМС, 2000. – 144 с.

123. **Татарников М.А.** Административная реформа как фактор повышения эффективности управления здравоохранением / М.А. Татарников // Главврач. – 2006. – №8. – 16 с.

124. **Татарников М.А.** Основные этапы и перспективы реформирования российского здравоохранения / М.А. Татарников // Главврач. – 2006. – №12. – С. 29-39.

125. **Тихомиров А.В.** Отправные начала идеологии реформирования здравоохранения / А.В. Тихомиров // Здравоохранение РФ. – 2006. – №4. – С. 37-42.

126. **Токтомаев Н.Т.** Пути оптимизации стационарной службы в Кыргызской Республике / Н.Т. Токтомаев, М.М. Каратаев // Экономика здравоохранения. – 2004. – №1. – 11 с.

127. **Трахтенберг И.М.** Ртуть и ее соединения в окружающей среде (гигиенические и экологические аспекты) / И.М. Трахтенберг, М.Н. Коршун. – Киев: Высшая школа, 1990. – С. 58-61.

128. **Третьякова Г.В.** Сельский участковый врач как семейный врач / Г.В. Третьякова: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Омск, 1996. – 24 с.

129. **Тюков Ю.А.** К оценке эффективности деятельности лечебно-профилактических учреждений / Ю.А. Тюков, Т.В. Чернова, Е.В. Ползик // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2001. – №1. – С. 21-25.

130. Тяжелые металлы в окружающей среде и их влияние на организм / Р.С. Гильденскиольд, Ю.В. Новиков // Гигиена и санитария. – 1992. – №5-6. – С. 6-8.

131. **Филатов В.Б.** Стратегическое планирование в управлении здравоохранением на территориальном уровне / В.Б. Филатов: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 1996. – 48 с.

132. **Финченко Е.А.** Об основных направлениях развития сети учреждений сельского здравоохранения / Е.А. Финченко, Ю.С. Бабич // Вестник МА “Здравоохранение Сибири” – 1998. – № 2. – 24 с.

133. **Финченко Е.А.** Организация первичной медико-санитарной помощи сельскому населению / Е.А. Финченко, В.В. Степанов // ГлавВрач. – 2004. – №6. – 6 с.

134. **Фомина Е.Н.** Научное обоснование организационной модели функционирования амбулаторно-поликлинической службы / Е.Н. Фомина: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – М., 2002. – 23 с.

135. **Чавпецов В.Ф.** Анализ состояния качества медицинской помощи в условиях сельского здравоохранения по результатам различных исследований / В.Ф. Чавпецов, М.А. Карачевцева // Вестник ОМС. – 2000. – №2. – С. 8-19.

136. **Чернышев В.М.** О финансировании лечебно-профилактических учреждений в условиях перехода на обязательное медицинское страхование / В.М. Чернышев // Бюллетень СО РАМН. – 1996. – № 3. – 97 с.

137. **Чернышев В.М.** О подходах к организации медицинской помощи жителям малочисленных населенных пунктов и ведущих кочевой образ жизни. / В.М. Чернышев, Б.П. Маштаков // Вестник межрегиональной ассоциации “Здравоохранение Сибири”. – 1998. – № 2. – С. 30-31.

138. **Чернышев В.М.** Медицинская помощь малочисленным группам населения / В.М. Чернышев, Н.Ф. Герасименко, Б.П. Маштаков // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 1999. – № 3. – С. 42-44.

139. **Чернышев В.М.** Подушевое финансирование в здравоохранении / В.М. Чернышев, С.А. Банин, А.Л. Заиграев. – Новосибирск, 2005. – 128 с.

140. **Чертухина О.Б.** Новая организационная модель в муниципальной системе здравоохранения – модель врача общей практи-

ки. / О.Б. Чертухина // Экономика здравоохранения. – 2003. – № 9. – 9 с.

141. **Чертухина О.Б.** Опыт разработки стратегии реформирования здравоохранения на муниципальном уровне / О.Б. Чертухина // Экономика здравоохранения. – 2003. – № 10. – 5 с.

142. **Чеченин Г.И.** К концепции реформирования (выживания) здравоохранения Кемеровской области / Г.И. Чеченин // Вестник МАЗС. – 1997. – №1. – 36 с.

143. **Чупахин Н.Н.** О проблемах закрепления выпускников медицинских вузов и колледжей в учреждениях здравоохранения / Н.Н. Чупахин // Здравоохранение РФ. – 2006. – №2. – 143 с.

144. **Царик Г.Н.** Проблемы и перспективы развития регионального здравоохранения / Г.Н. Царик // Проблемы управления здравоохранением. – 2002. – №1. – С. 43-47.

145. **Шапиев Ш.Г.** О работе выездных бригад врачей в сельском районе / Ш.Г. Шапиев, Л.М. Асхабова // Здравоохранение РФ. – 2004. – №5. – 53 с.

146. **Шарафутдинов А.Я.** Роль социально-гигиенических факторов в формировании здоровья сельского населения / А.Я. Шарафутдинов // Здравоохранение РФ. – 2001. – №2. – 34 с.

147. **Шевский В.И.** Реформы системы медицинской помощи в Самарской области. Проблемы и перспективы / В.И. Шевский // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 1996. – №1. – 25 с.

148. **Шевченко Ю.А.** Об итогах хода реформ и задачах по развитию здравоохранения и медицинской науки в стране на 2000-2004 гг. и на период до 2010 г. / Ю.А. Шевченко // Здравоохранение РФ. – 2000. – №6. – 3 с.

149. **Шевченко Ю.А.** Повышение эффективности здравоохранения – единственное условие успешного развития отрасли / Ю.А. Шевченко // Экономика здравоохранения. – 2002. – №3 (62). – 1 с.

150. **Шипова В.М.** Планово-нормативные вопросы организации медицинской помощи сельскому населению / В.М. Шипова, О.Ю. Ситникова // Зам. гл. врача. – 2007. – №5. – 31 с.

151. **Щепин В.О.** Научная оценка деятельности лечебно-профилактических учреждений и динамика их структурных преоб-

разований / В.О. Щепин: Автореф. дисс. ... д-ра мед. наук. – М., 1997. – 48 с.

152. **Щепин О.П.** Структурные преобразования в здравоохранении / О.П. Щепин. – М., 1997. – 260 с.

153. **Щепин О.П.** Проблемы современного здравоохранения России / О.П. Щепин: Материалы Всерос. совещания руковод. органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации и территориальных фондов обязательного медицинского страхования Российской Федерации. – М., 1998. – 101 с

154. **Щепин О.П.** Развитие первичной медицинской помощи и службы врача общей практики (семейного врача) в современном здравоохранении / О.П. Щепин, Н.К. Овчаров // Бюлл. НИИ соц. гигиены, экономики и управления здравоохран. – 1998. – №2. – 11 с.

155. **Щепин О.П.** Современный этап реформы здравоохранения и обеспечение доступности медицинской помощи в Российской Федерации / О.П. Щепин // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 1999. – №3. – 7 с.

156. **Щепин О.П.** Современный этап реформы здравоохранения Российской Федерации / О.П. Щепин // Социальная медицина на рубеже XXI века: матер. науч.-практ. конф. – Краснодар, 1999. – 240 с.

157. **Щепин О.П.** Сравнительный анализ состояния и моделей организации первичной медицинской помощи в Российской Федерации и за рубежом. Подходы к ускорению реформы / О.П. Щепин, Н.К. Овчаров: Матер. Первого всерос. съезда врачей общей практики – Самара, 2000. – 14 с.

158. **Щепин О.П.** Основные направления государственного регулирования развития здравоохранения Российской Федерации на 2000-2010 гг. / О.П. Щепин, В.К. Овчаров, В.Б. Филатов // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2000. – №3. – 3 с.

159. **Щепин О.П.** Охрана здоровья – проблема фундаментальная / О.П. Щепин // Здравоохранение. – 2001. – №1. – 10 с.

160. **Ядринцев Н.М.** Сочинения / Н.М. Ядринцев // Под. ред. С.Г. Пархомовича; сост. Ю.Л. Мандрика. – Тюмень, 2000. – 336 с.

161. **Яковлева П.А.** Опыт работы межрайонных отделений реабилитации травматологических больных в профилактике инва-

лидности / П.А. Яковлева, В.А. Глущенко // Актуальные вопросы научно-практической медицины. – Орел, 1982. – С. 39-42.

162. **Asval J.E.** Health for all in the 21 century: a policy framework for the European region / J.E. Asval // Int. J. Cup. Med. and Environ. – Health. – 2000. – Vol.13. – №1. – P. 5-13.

163. **Baker M.J.** Marketing health / M.J. Baker // Hlth. Bull. – 1988. – Vol. 46. – № 5. – P. 296-303.

164. **Baris E.** Globalization and international trade in the twenty-first century: opportunities for and threats to the health sector in the south / E. Baris, K. McLeod // Int. J. Helth. Serv. – 2000. – Vol. 30. – №1. – P. 187-210.

165. **Bennet J.R.** International malnutrition / J.R. Bennet // Brit. Med. J. – 1984. – № 288. – P. 92-93.

166. **Berkanovic E.** Mexican American, Black American, and White American differences in reporting illnesses, disability and physician visits for illnesses / E. Berkanovic, C. Telesky // Social Science and Medicine. – 1985. – Vol. 20. – P. 567-577.

167. **Berry L.L.** Services marketing is different / L.L. Berry // Business. – 1980. – Vol. 30 (3). – P. 24-29.

168. **Bone M.R.** International efforts to measure health expectancy / M.R. Bone // J. of Epidemiol. and Community Health. – 1992. – Vol. 46. – P. 555-558.

169. **Bowling A.** Measuring disease: a review of disease-specific quality of life measurement scales / A. Bowling. – Buckingham: Open University Press, 1996. – 208 p.

170. **Caldwell T.R.** Marketing of medical services / T.R. Caldwell // J. Florida Med. Ass. – 1986. – Vol. 73. – № 1. – P. 47-50.

171. **Corney R.** The views of clients to a general practice attachment scheme and a local authority social work intake team / R. Corney // Soc. Sci. Med. – 1983. – Vol. 17. – P. 1549-1558.

172. **Cronroos C.A.** A service quality model and its marketing implications / C.A. Cronroos // European J. of Marketing. – 1991. – Vol. 18. – P. 36-44.

173. Development of Health Systems // World Health Statistics Quarterly. – WHO, 1989. – V. 42. – № 4. – P. 201-227.

174. **Ermakov S.P.** Economic aspects of health / S.P. Ermakov, A.A. Kiselev // World Health Stat. Quart. – 1992. – V. 45. – № 1. – P. 50-61.



175. **Haberman P.W.** Alcohol, other drags and violent deaths / P.W. Haberman // New York, 1978. – P. 135.

176. **Imperato P.J.** Nomads of the West African sahel and the delivery of health services to them / P.J. Imperato // Social Science and Medicine. – 1974. – P. 443-457.

177. **Komarov Y.M.** Quality assurance in health care: Lessons for others / Y.M. Komarov // Journal of the International Society for Quality in Health Care. – 1994. – №6(1). – P. 27-30.

178. **Louden T.** How to set up a hospital sales program / T. Louden // Hospitals. – 1985. – 59. – №16. – P. 136-142.

179. **Morres B.** From the patient's mouth / B. Morres, A. Thompson // Soc. Serv. J. – 1985. – 94. – № 4962. – P. 1040-1042.

180. **Omar M.A.** Кочевые племена в странах Африканского Рога / M.A. Omar, M.M. Omar // Здоровье мира. – 1995. – №6. – С. 25.

181. **Omar M.A.** Кочевникам тоже нужна система здравоохранения / M.A. Omar // Всемирный форум здравоохранения. – Т.13. – №4. – ВОЗ, Женева, 1992 – С. 27-29.

182. **Osborn D.G.** Конфликты и сотрудничество в системе медико-санитарной помощи, обслуживающей национальные меньшинства // Всемирный форум здравоохранения – Т.13. – №4. – ВОЗ, Женева, 1992. – С. 33-37.

183. **Powills S.** The elderly: a health marketer's challenge / S. Powills // Hospitals. – 1986. – Vol. 60. – № 6. – P. 70-72.

184. **Romelsjo A.** Alcohol consumption and unintentional injury, suicide, violence, work performance and intergenerational effect / A. Romelsjo // Alcohol and public policy: evidence and issues – Oxford: Oxford University Press, 1995 – P. 114-134.

185. **Sani Aliou** Люди в движении / A. Sani // Здоровье мира, 1995. – №6. – С. 26-27.

186. **Thomson J.D.** On strategy for controlling losts in University teaching hospitals / J.D. Thomson, R.B. Fetter, I. Shin // J. Med. Edic. – 1978. – Vol. 53. – №3. – P. 167-175.

187. **Williams G.H.** Assessing patients wellness: new perspectives on quality of life and compliance / G.H. Williams // Am. J. Hypertens. – 1998. – Vol. 11. – P. 186-191.

## РАСЧЕТ

**годового бюджета центральной районной больницы при  
подушевом финансировании и полном фондодержании**

Исходя из утвержденного для района подушевого норматива ( $PПн$ ) достаточно просто определить годовой бюджет (Бцрб) центральной районной больницы (ЦРБ) по следующей формуле:

$$Б_{црб} = PПн \times Ni, \text{ где:}$$

$Б_{црб}$  – годовой бюджет ЦРБ;

$PПн$  – районный подушевой норматив;

$Ni$  – численность обслуживаемого ЦРБ населения.

Таким образом, годовой бюджет ЦРБ, обслуживающей 30000 чел., при районном нормативе 7 000 руб. составит:

$$Б_{црб} = PПн \times Ni = 7000 \text{ руб.} \times 30000 = 210\,000\,000 \text{ руб.}$$

Преимущество приведенной формулы и такого метода финансирования заключается в простоте расчета и очень высокой заинтересованности ЦРБ в рациональном (экономном) использовании финансовых средств, выделенных на собственное содержание и расчеты с другими субъектами системы здравоохранения. Заинтересованность обусловлена тем, сэкономленная сумма может быть потрачена на укрепление МТБ учреждения и, что очень важно, на повышение заработной платы персонала, прежде всего, участковой службы и врачей общей практики.

Несколько сложнее производить расчет с учетом возрастного состава населения, обслуживаемого ЦРБ. Вместе с тем, именно такой подход обеспечивает более эффективное и справедливое выделение средств. Для этого комиссией по согласованию тарифов на медицинские услуги в системе ОМС устанавливаются поправочные коэффициенты для каждой возрастной группы. Например, для трех групп:

От 0 до 18 лет – 0,681;

От 19 до 65 лет – 0,984;

66 лет и старше – 1,513.

Исходя из подушевого норматива, с использованием поправочных коэффициентов определяется сумма, необходимая для обслуживания каждой возрастной группы, которые суммируются, для определения бюджет учреждения.

$Бцрб = РПн \times K18 \times N18 + РПн \times K65 \times N65 + РПн \times K66 \times N66$ , где (4)

Бцрб – годовой бюджет ЦРБ;

РПн – районный подушевой норматив;

K18 – поправочный коэффициент для возрастной группы от 0 до 18 лет;

N18 – количество человек в возрасте от 0 до 18 лет;

K65 – поправочный коэффициент для возрастной группы от 19 до 65 лет;

N65 – количество человек в возрасте от 19 до 65 лет;

K66 – поправочный коэффициент для возрастной группы 66 лет и старше;

N66 – количество человек в возрасте 66 лет и старше.

Например: поликлиника обслуживает 30 000 человек, из них 7 000 дети в возрасте до 18 лет (N18), 16 000 – в возрасте от 19 до 65 лет (N65) и 7 000 – в возрасте 66 лет и старше (N66). При районном подушевом нормативе (РПн) 7 000 руб. бюджет ЦРБ (Бцрб) составит:

$Бцрб = РПн \times K18 \times N18 + РПн \times K65 \times N65 + РПн \times K66 \times N66 = 7000 \times 0,681 \times 7000 + 7000 \times 0,984 \times 16000 + 7000 \times 1,513 \times 15000 = 33369000 + 110208000 + 74970000 = 218547000$  (руб.).

Деньги, предусмотренные на оплату проезда жителей района до региональных ЛПУ, (республиканских, краевых и областных), а так же специалистов этих учреждений для консультирования больных в районе, рассчитывают отдельно, либо включаются в поправочный коэффициент, с учетом отдаленности от центра, обеспеченности специалистами и их квалификацией и т.д. Определенные таким образом суммы целесообразно передавать ЦРБ, т.к. это стимулирует специалистов ее больше самим заниматься своими пациентами и прибегать к консультациям при реальной необходимости.

**Нонукова Ирина Васильевна  
Чернышев Владимир Михайлович  
Стрельченко Оксана Владимировна**

**ОРГАНИЗАЦИЯ  
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В УСЛОВИЯХ  
ТРУДНОДОСТУПНОСТИ МЕСТ ПРОЖИВАНИЯ  
И НИЗКОЙ ПЛОТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ  
(на примере Республики Алтай)**

Оператор компьютерной верстки *В.Е. Разинков*

Подписано в печать 12.03.12. Формат 60x84 1/16. Бумага офсетная №1.  
Гарнитура Times New Roman. Печ.л. 8,75. Уч.-изд. л. 5,40. Тир. 100 экз.

---

Отпечатано в типографии ООО «Альфа Ресурс»,  
630004, Новосибирск, Комсомольский проспект, 24