

К вопросу о путях оптимизации медицинской помощи населению на региональном уровне

С. Ю. Темирджанова

ФГУ Центральный НИИ организации и информатизации Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, г. Москва

Модернизация современного здравоохранения требует комплексного решения проблем, возникших в сфере нормативно-правового обеспечения, медицинского страхования, организации структурного взаимодействия учреждений регионального и муниципального подчинения и укрепления их ресурсного потенциала, формирования мотивации деятельности у работников медицинских учреждений, развития медицинской науки с ориентацией на высокотехнологичные виды помощи, но при приоритетном развитии первичного сектора здравоохранения. (Стародубов В. И. с сопр., 2000; Медик В. А., 2004; Щепин О. П., 2004; Скляр М. С. с сопр., 2005; Герасименко Н. Ф. с сопр., 2006; Михайлова Ю. В. с сопр., 2007).

Исследование выполнено по материалам Карачаево-Черкесской республики и охватывает период с 1993 г. по 2007 г. От других субъектов РФ республику отличает малочисленность многонационального населения, компактность и плотность проживания его (30,6 человек на 1 кв. км); ландшафт предгорья Кавказского хребта с развитыми транспортными коммуникациями; преобладание сельского населения; большое число населенных пунктов с малым числом жителей; наличие районов, население которых традиционно стремится получать медицинскую помощь в близлежащих центрах других субъектов Федерации. Наконец, республика относительно недавно (лишь в 90-х гг. минувшего столетия) получила статус самостоятельного субъекта РФ.

При проведении исследования использовались методы аналитического, статистического, социологического, системного анализа, а также программно — целевого планирования, организационного моделирования и организационно-эксперимента,

Исследованием доказано, что состояние здоровья жителей и системы здравоохранения Карачаево-Черкесской республики определяется комплексом противоречивых экономических и социальных факторов.

В частности, 55,9% населения проживает в сельской местности в худших бытовых условиях, при более тяжелом физическом труде и низких денежных доходах. Высок уровень без-

работицы — 19,4%. На 1 заявленную вакансию в органах государственной службы занятости приходится 12,5 незанятых граждан. Трудоустройство 70% безработных продолжается более года. Денежные доходы работающих не превышают 54,4% среднероссийского уровня и 81,3% — Южного федерального округа.

В этих условиях основным направлением развития здравоохранения Карачаево-Черкесской республики остается профилактика, в первую очередь, любых форм зависимости (медикаментозной, наркотической, игровой, информационной) и инфекционных заболеваний, диспансеризация и организация своевременного выявления патологии.

Процесс реорганизации медицинской помощи населению предполагает

а) обеспечение амбулаторного лечения больных, в т. ч. в стационарах дневного пребывания при поликлиниках и больницах;

б) реализацию государственных гарантий бесплатной медицинской помощи;

в) концентрацию усилий на решении проблем социально значимой патологии, здоровья матерей и детей;

г) стандартизацию диагностических, лечебных и реабилитационных процедур.

Механизм реализации включает внедрение принципов государственной политики в здравоохранение регионального и муниципального уровней; мониторинг результативности управления этим процессом; повышение эффективности взаимодействия структур здравоохранения.

Задача улучшения качества медицинских услуг и управления в целях обеспечения доступности для населения, в т.ч. современных технологий, решается за счет повышения квалификации медицинских работников и мотивации их к качественному труду, а также решения вопросов информатизации. Все это требует увеличения расходов на медицинскую помощь населению с учетом роста бюджета и инфляционной составляющей. При ограниченных ресурсах организационно-методический фактор стал главным в модернизации и развитии здравоохранения Карачаево-Черкесской республики.

Использование программно-целевого подхода при решении проблем планирования модерни-

защиты здравоохранения; стандартизации оснащения и технологических решений в деятельности лечебно — профилактических учреждений; реорганизации функциональных связей региональных и муниципальных учреждений; подготовки и систематического повышения квалификации медицинских кадров; расширения диагностических, терапевтических и реабилитационных возможностей первичного звена медицинской помощи на основе укрепления материально-технической базы и медико-технического оснащения лечебно — профилактических учреждений; мер по совершенствованию учета и отчетности — все это в конечном итоге положительно сказалось на демографических показателях

В 2006 г. в Карачаево-Черкесской республике сохранился, хотя и незначительный (+0,3 на 1000 чел) прирост населения, благодаря более высокому уровню рождаемости (11,7) и низкому уровню смертности (11,4), тогда как по РФ констатируется убыль населения (-4,8) вследствие как низкой рождаемости (10,4), но особенно вследствие большей смертности (15,2).

Соотношение числа детей до 15 лет включительно и числа лиц пенсионного возраста в РФ составляет 0,8:1, а в Карачаево-Черкесской республике — 1,20:1. Это определяет перспективы пополнения когорты трудоспособного возраста, выдвигает в качестве приоритета здравоохранения республики повышение качества медицинского обслуживания детей, беременных, рожениц и матерей.

Вместе с тем, ожидаемая продолжительность жизни населения Карачаево-Черкесской республики больше, чем в среднем по РФ и по Южному федеральному округу — соответственно на 6,0% и на 1,7%. Она составляет 70,19 г (для мужчин — 64,39 г, для женщин — 76,02 г), тогда как среднероссийские показатели в 2006 г. были соответственно 66,60; 60,37 и 73,23 г.

Поэтому в ближайшие годы основные усилия первичного звена здравоохранения предстоит сосредоточить на выявлении и оздоровлении больных новообразованиями, болезнями кровообращения, болезнями органов дыхания, оказании адекватной помощи пациентам с травмами, отравлениями и другими последствиями внешних причин.

Вместе с тем, вследствие быстро и массового изменения шкалы ценностных ориентаций в панораме заболеваний возрастает социальная компонента, что требует новых ориентиров в развитии регионального здравоохранения. Число больных социально значимыми заболеваниями согласно перечня, утвержденного Правительством РФ (2004), увеличилось с 1993 г. на 9,1% и составило почти 3% населения республики. В основном эту группу формируют больные хроническим алкоголизмом (38,7%), инсулинонезави-

мым сахарным диабетом (32,1%). Выросло число больных наркоманией (в 4 раза), особенно среди сельских жителей (в 5 раз); выявлено 67 ВИЧ-инфицированных (ранее не выявлялся); в 3,1 раза стало больше больных трихомониазом; в 2,4 раза чаще регистрируются случаи алкогольного психоза.

Таким образом, состояние общественного здоровья населения на региональном уровне является производным от взаимодействия экономических, социальных факторов развития субъекта РФ, медико-технической оснащенности и доступности для населения сети медицинских учреждений, традиционного санитарно-гигиенического образования и воспитания жителей.

Планирование модернизации здравоохранения должно опираться на данные анализа социального портрета населения субъекта РФ и в случае компактного проживания малочисленных жителей базироваться на принципе системного единства учреждений как регионального, так и муниципального подчинения.

Основу современной стратегии развития регионального здравоохранения образуют профилактическая направленность деятельности лечебно-профилактических учреждений, реорганизация сложившейся системы оказания медицинской помощи населению, повышение качества медицинских услуг и управления, адекватное ресурсное обеспечение лечебно — профилактических учреждений.

Влияние социально значимой патологии на здоровье жителей Карачаево-Черкесской республики, нравственное состояние общества и экономическое благополучие семей возрастает.

Литература

1. Герасименко Н. Ф. Александра, О. Ю. Нерешенные вопросы организа. мед. помощи населению муницип образований — кто и как будет решать? Мен. 2006; 2: 4-11.
2. Медик В. А. Современные подходы к изучению заболеваемости населения. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2004; 1: 6-9.
3. Михайлова Ю. В., Иванова А. Е. Региональный профиль здоровья населения России. Стратегия реформир. регионального здравоохранения: Мат. ежегодн. научно-практ. конф. 25-26.05.2000. М.; РИО ЦНИИОИЗ. 2000; 67-69.
4. Михайлова Ю. В., Сон И. М., Короткова А. В. Концепция построения национальной информационно-аналитической системы мониторинга социально обусловленных заболеваний. Новые технологии в сов. здравоохранении. Сб. науч. трудов. Ч.1. М.; РИО ЦНИИОИЗ. 2007; 4-7.
5. Скляр М. С., Лайковская Е. С., Ковалев В. В. Региональный опыт системы управления качеством в здравоохранении. Обеспечение и контроль качества медицинской и социальной помощи населению. Научн. труды российск научно-практ. конф. ч.2.-М.; ЦНИИОИЗ. 2005; 4-9.
6. Стародубов В. И., Михайлова Ю. В. Социально-экономические, правовые предпосылки развития регионального здравоохранения. Стратегия реформирования регионального здравоохранения: Мат. ежегодн. научно-практ. конф. 25-26.05.2000. М.; РИО ЦНИИОИЗ. 2000; 8-14.
7. Щепин О. П., Овчаров В. К. Пути решения проблем здравоохранения. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2004; 1: 3-6.