

Ирина Васильевна Нонукова<sup>1</sup>, Владимир Михайлович Чернышев<sup>2</sup>

## ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ И ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В УСЛОВИЯХ НИЗКОЙ ПЛОТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ (НА ПРИМЕРЕ РЕСПУБЛИКИ АЛТАЙ)

<sup>1</sup>Управление Росздравнадзора по Республике Алтай

649000, Республика Алтай, г. Горно-Алтайск, ул. Улагашева, 13

<sup>2</sup>Факультет повышения квалификации и профессиональной переподготовки врачей

ГОУ ВПО Новосибирский ГМУ Росздрава

630091, г. Новосибирск, ул. Немировича-Данченко, 130

В Республике Алтай в результате внедрения системного подхода в управление качеством оказания медицинской помощи, проведения реструктуризации системы здравоохранения улучшилась организация оказания прежде всего первичной медико-санитарной помощи. Стратегия развития здравоохранения республики предполагает дальнейшее повышение доступности и качества медицинской помощи за счет рационализации использования ресурсов отрасли и более эффективного функционирования системы здравоохранения, что в результате приведет к снижению заболеваемости, инвалидизации и смертности населения.

**Ключевые слова:** организация медицинской помощи, здоровье населения

Происходящие в системе здравоохранения России преобразования, в частности введение медицинского страхования, требуют поиска новых форм и методов организации работы медицинского персонала. Обязательным условием успешного реформирования отрасли на региональном уровне является учет социально-экономических, географических условий, в том числе плотности населения, а также национальных традиций и обычаев [1-3].

Республика Алтай (РА) относится к числу аграрных регионов, особенностями которого являются: низкая плотность населения (2 человека на 1 км<sup>2</sup>), преобладание сельского населения (более 3/4), разветвленная сеть маломощных сельских лечебно-профилактических учреждений (мощность ЦРБ не превышает 150 коек). Кроме того, в 1949-1962 гг. в период испытаний ядерного оружия на Семипалатинском полигоне над территорией республики неоднократно проходили радиоактивные облака. Существенным фактором загрязнения воздуха является трансграничный перенос техногенных выбросов из соседних регионов (Восточный Казахстан, Кемеровская область), где расположены мощные промышленные и горнодобывающие производства. На территории республики имеются ртутные и золоторудные месторождения, что ведет к увеличению содержания тяжелых металлов в почве и растениях. Радиоэкологическая обстановка на значи-

тельной части территории РА является напряженной вследствие залегания больших запасов радона. Все это оказывает неблагоприятное воздействие на здоровье населения.

В республике отсутствуют железнодорожное сообщение, крупные автомобильные магистрали, недостаточно современных средств связи. Большинство дорог, связывающих села с районными центрами, а последние – с республиканским центром, находятся в неудовлетворительном состоянии и не обеспечивают постоянное сообщение между ними.

В Республике Алтай проживают коренные народы: алтайцы, кумандинцы, челканцы, тубалары, теленгиты. Организация оказания медицинской помощи им является одним из ведущих направлений деятельности Правительства РА, а также органов и учреждений здравоохранения республики.

Первичную медико-санитарную помощь сельскому населению республики оказывают 10 центральных районных больниц (ЦРБ), 14 участковых больниц (УБ), 26 сельских врачебных амбулаторий (СВА) и 155 фельдшерско-акушерских пунктов (ФАП). Средняя численность закрепленного за ФАП населения составляет 500–600 человек. Максимальный радиус обслуживания ЦРБ составляет 250 км, что ограничивает доступность квалифицированной медицинской помощи. Специализированную помощь жителям рес-

Чернышев В. М. – зав. каф. социальной гигиены и организации здравоохранения, [kafmed@oblmed.nsk.ru](mailto:kafmed@oblmed.nsk.ru)

Нонукова И. В. – рук. Росздравнадзора по Республике Алтай, [info@reg2.roszdravnadzor.ru](mailto:info@reg2.roszdravnadzor.ru)

публики оказывают лечебно-профилактические учреждения республиканского подчинения.

Состояние материально-технической базы лечебно-профилактических учреждений республики ближе к неудовлетворительному. В сельских районах они в основном располагаются в приспособленных помещениях, из них 40,5 % нуждаются в капитальном ремонте, 45 % - в текущем.

Проблемы доступности и качества медицинской помощи в РА стоят особенно остро, и их решение имеет свою специфику. Более низкий уровень обращаемости и заболеваемости сельских жителей указывает на меньшую доступность медицинской помощи. Так, число врачебных посещений к сельскому жителю в 2,5 раза меньше, чем к городскому. Все это отражается на качестве оказываемой медицинской помощи. Например, в 60 % сельских районов доля больных с запущенными формами онкологических заболеваний значительно выше среднереспубликанского показателя, который составляет 39,7 %. За последние 10 лет отмечается рост в 2 раза запущенных форм туберкулеза на селе.

Несмотря на принимаемые меры, в том числе на федеральном уровне, диспансеризация в сельской местности проводится недостаточно эффективно, в основном по объективным причинам: недостаточная укомплектованность сельских ЛПУ врачебными кадрами, отмеченная ранее низкая плотность населения и большие расстояния между населенными пунктами, малое количество общественного транспорта, недостаточная оснащенность выездных бригад необходимым передвижным диагностическим оборудованием, нехватка специалистов [4–6]. В связи с этим особое внимание уделяется кадровой политике, в том числе целевой подготовке и закреплению квалифицированных специалистов на селе. Ежегодно заключаются договоры с медицинскими вузами Новосибирска, Томска, Омска, Кемерово и Барнаула, где осуществляется целевой набор до 50-60 человек, около 80 % из которых являются выпускниками сельских школ РА. Благодаря этому, за период 1996-2005 гг. обеспеченность врачебными кадрами на 10000 населения в сельских ЛПУ возросла в 1,4 раза, средним медицинским персоналом - в 1,3 раза, доля аттестованных врачей и средних медработников увеличилась на 8 и 9 % соответственно.

Несмотря на принятые меры, обеспеченность врачебными кадрами на селе в четыре с лишним раза ниже, чем в городской местности, средним медперсоналом - более чем в два раза. Соотношение врач/сестра на селе составляет 1 : 5, в городе - 1 : 2,6, почти 1/4 участков больниц и 57,7 % сельских врачебных амбулаторий остаются некомплектованными врачами.

Медико-демографическая ситуация в целом по республике значительно ухудшилась по сравнению с 80-ми гг. прошлого столетия. Она лучше, чем во многих других регионах Российской Федерации, но тенденция к ее ухудшению сохраняется. Особую тревогу вызывает положение в сельской местности. Уровень общей смертности сельского населения имеет устойчивую тенденцию к росту и достиг 15,8 на 1000 населения, уровень младенческой смертности – 15,1 на 1000 родившихся живыми, что соответственно на 4 и 29 % превышает аналогичные показатели в городской местности. Вместе с тем за последние 10 лет в целом по республике показатель рождаемости на 1000 населения возрос с 13,3 до 17,3 ‰, в том числе среди сельского населения – с 14,5 до 17,1‰, что в 1,7 раза больше, чем по РФ, и в 1,5 раза больше, чем в среднем по Сибирскому федеральному округу (РФ – 10,2; СФО – 11,5). Республика Алтай является одним из немногих регионов России, где отмечается естественный прирост населения. За последние 10 лет он возрос с 0,6 до 1,7 ‰, в то время как в Российской Федерации и Сибирском Федеральном округе (СФО) отмечается естественная убыль населения: -6,2 и -4,7 ‰ соответственно [1, 7].

Как и в целом по России среди причин смерти первое место занимают болезни сердечно-сосудистой системы, второе – несчастные случаи, травмы и отравления, третье – злокачественные новообразования.

Значительный урон трудовому потенциалу региона наносит смертность в трудоспособном возрасте, особенно среди мужчин. Так, в 2005 г. показатель смертности в этой возрастной группе в сельской местности составил 11,0 ‰, что превышает аналогичный показатель в городе в 1,2 раза. Среди умерших в трудоспособном возрасте мужчины составили 75 %. За период 1996-2005 гг. в целом по республике смертность в трудоспособном возрасте возросла в 2,2 раза, в том числе в сельской местности - в 2,3 раза. В структуре смертности в трудоспособном возрасте на первом месте стоят отравления и несчастные случаи (54 %), на втором - болезни системы кровообращения (20 %); на третьем – новообразования (7 %) [5].

В течение многих лет в регионе остается высоким показатель младенческой смертности, который в 1,2 раза превышает среднероссийский показатель. Благодаря принятым мерам за последние 10 лет смертность среди детей до 1 года уменьшилась в 2,4 раза и в 2005 г. составила 14,2 на 1000 родившихся живыми. В республике в течение последних 5 лет не регистрируется материнская смертность.

За период 1996-2005 гг. ожидаемая продолжительность жизни мужчин в Республике Алтай сни-

зила на 0,7 года и составила 54,2 года; женщин – на 7,6 года и составила 60,4 года.

Общая заболеваемость взрослого населения региона ежегодно растет и превышает показатель по РФ и СФО на 14-16 %. Так за последние 10 лет уровень общей заболеваемости взрослого населения возрос на 41 %, первичной заболеваемости – на 14 %, что указывает на превалирование хронической патологии в структуре заболеваемости. Ведущими заболеваниями являются болезни органов дыхания, кровообращения и мочеполовой системы. В то же время в сельской местности регистрируются высокие показатели заболеваемости органов дыхания, опорно-двигательного аппарата, кишечными инфекциями.

За последние 10 лет в республике отмечается рост первичного выхода на инвалидность в трудоспособном возрасте в 1,2 раза. Среди сельского населения этот показатель в среднем на 25 % выше, чем среди городского.

Одной из отличительных особенностей состояния здоровья сельского населения является опережающий рост социально значимых болезней, что обусловлено как плохими условиями жизни населения, так и недостаточной организацией и проведением профилактических мероприятий. Значительно увеличилось количество социопатий (психически расстройства, алкоголизм, наркомания, туберкулез, венерические заболевания) возросло число самоубийств, убийств [1, 2, 8].

Крайнюю озабоченность вызывает рост смертности от самоубийств и отравлений, в основе большинства которых лежит употребление алкогольных суррогатов. Доля сельских жителей среди умерших по этой причине составляет 76,4 %. Показатель смертности от самоубийств по Республике Алтай в 2,5 раза превышает российский показатель. В течение последнего десятилетия в 1,7 раза возрасла смертность от самоубийств в целом по региону, в том числе в 1,25 раза – среди сельского населения.

Ухудшающееся состояние здоровья жителей республики, снижение доступности первичной медико-санитарной помощи потребовали принятия мер по устранению указанных недостатков, т. е. реформирования отрасли в целом и управления здравоохранением на основе системного подхода и этапности в их реализации. Реформирование осуществляется по нескольким направлениям [1, 3, 4, 8–10]:

- разработка Концепции развития здравоохранения на региональном уровне;
- нормативно-правовое обеспечение преобразований;
- оптимизация структуры здравоохранения для более рационального использования ресурсов;
- внедрение эффективных экономических мето-

дов управления отраслью;

- разработка и внедрение системы подготовки кадров в соответствии с выбранной стратегией;
- использование современных подходов к профилактике и раннему выявлению заболеваний среди сельского населения;
- разработка и внедрение системы управления качеством медицинской помощи;
- информационно-методическое обеспечение системы здравоохранения;
- разработка системы мониторинга и оценки деятельности отрасли.

В республике принята Концепция развития здравоохранения на 2001–2005 гг. и на период до 2010 г., в которой большое внимание уделяется укреплению материально-технической базы сельского здравоохранения. В 2005–2006 гг. осуществлялись строительство, реконструкция и капитальный ремонт 18 объектов сельского здравоохранения, в том числе 7 ЦРБ, 1 МРБ и 10 ФАП. Кроме того, необходимо обеспечение УБ, СВА и ФАП транспортом, средствами связи, недостающим инвентарем, медицинским оборудованием и медикаментами. В рамках приоритетного национального проекта «Здоровье» закуплено 57 единиц медицинского оборудования и 17 единиц санитарного автотранспорта на общую сумму 37,5 млн руб.

В настоящее время в республике разработаны и утверждены 15 республиканских целевых программ, в том числе «Развитие и поддержка сельского здравоохранения на 2004–2010 гг.», «Врач общей практики», «Скорая медицинская помощь», «Профилактика и лечение артериальной гипертонии на 2004–2010 гг.» и др., реализация которых позволит повысить доступность и качество медицинской помощи [2, 3, 8, 9]. Этому способствовала разработка организационно-функциональной модели сельского здравоохранения для оказания медицинской помощи в условиях низкой плотности населения, важное место в которой отводится созданию межрайонных специализированных центров, разветвленной сети дневных стационаров, в основном при общих врачебных практиках, а также стационаров на дому.

За последние годы во всех сельских районах внедрено скрининговое ультразвуковое обследование беременных на выявление патологии плода, планомерно ведется работа по внедрению телемедицинских технологий. Созданный на базе республиканской больницы телемедицинский центр является центром по разработке дистанционных форм оказания плановой, экстренной медицинской помощи, обучения кадров, внедрению новых информационных технологий.

Активизировалась выездная работа. За последнее десятилетие в 3 раза возросло число выездов бригад

с участием республиканских специалистов. Активно используется передвижной диагностический комплекс, позволяющий проводить фиброгастроскопию, ультразвуковое исследование, ЭКГ, лабораторное обследование в отдаленных населенных пунктах. Плановмерно проводится работа по выявлению заболеваний органов дыхания, в том числе туберкулеза, с использованием трех передвижных флюорографов. Важнейшим направлением деятельности учреждений здравоохранения республики является профилактическое, включающее повышение санитарной культуры населения, мероприятия по предупреждению заболеваний, в том числе профилактические осмотры, диспансеризацию, вакцинацию, раннее выявление заболеваний. В 2006 г. в рамках реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» охват дополнительной диспансеризацией работающего населения в возрасте 35-55 лет и периодическими медицинскими осмотрами лиц с вредными условиями труда составил 100 %, прививками от вирусного гепатита, краснухи, гриппа – 100 %, от полиомиелита – 91 %.

В 2002 г. при республиканском врачебно-физкультурном диспансере открыто отделение профилактики, что позволило усилить санитарно-просветительную работу с привлечением СМИ: увеличить число опубликованных статей, выступлений на радио и телевидении, открыть в местной газете рубрику «Здоровье».

Значительное внимание уделено повышению качества оказания медицинской помощи жителям села. Проведено обучение всего руководящего состава сельских медицинских учреждений по организации здравоохранения и экспертизе качества медицинской помощи. Разработаны единые стандарты оказания медицинской помощи на уровне ЦРБ, УБ, СВА и ФАП.

В республике реализуется проект «Артериальная гипертензия в первичном звене», в рамках которого фельдшерами возобновлены подворные обходы, во всех амбулаторно-поликлинических учреждениях организованы школы для больных с артериальной гипертензией, активизирована работа доврачебных кабинетов по выявлению повышенного артериального давления. В связи с этим улучшилась выявляемость данного состояния, за последнее десятилетие в 3,4 раза возросла зарегистрированная заболеваемость гипертонической болезнью, а в течение ближайших 3-4 лет ожидается снижение количества осложнений (инфарктов миокарда, геморрагических инсультов).

Приоритетным направлением работы министерства здравоохранения республики является совершенствование экстренной и неотложной медицинской помощи. За последний год значительно укреплена служба скорой медицинской помощи. В рамках приоритетного национального проекта «Здоровье» пос-

тавлено 17 санитарных автомобилей, что позволило на 60 % обновить устаревший парк автомобилей, обслуживающих станции и отделения скорой медицинской помощи.

Среди запланированных системных изменений необходимо отметить реструктуризацию здравоохранения, связанную с активным внедрением ресурсосберегающих технологий, в том числе дневных стационаров, стационаров на дому [2]. За период 1996-2005 гг. количество коек дневного пребывания в ЛПУ увеличилось в 5,4 раза, в том числе в сельских ЛПУ – в 5 раз. В дневных стационарах стоимость лечения на 60-70 % ниже, чем в стационарах с круглосуточным пребыванием. Доля пациентов, выздоровевших и закончивших лечение в них с улучшением состояния составила 98 %. Количество госпитализированных в стационары с круглосуточным пребыванием сократилось на 6 %. В условиях низкой плотности населения и значительной удаленности населенных пунктов друг от друга и от республиканского центра важным является сохранение и оптимизация деятельности маломощных центральных районных больниц на 60-120 коек и фельдшерско-акушерских пунктов. Вместе с тем за последние 10 лет в результате изменения структуры сети лечебных учреждений коечный фонд республики сокращен на 15,7 %, в том числе в сельской местности - на 20 %. Обеспеченность койками на 10000 жителей снизилась со 136,0 в 1996 г. до 99,6 в 2005 г., в сельских ЛПУ – с 90,2 до 58,5.

За указанный период среднегодовая занятость койки возросла в 1,2 раза и в 2005г. составила 320,8 дня, на селе рост составляет 32 %. Возрос и оборот койки с 20,1 до 31,2, в сельской местности - с 24,6 до 36,7, что свидетельствует о более эффективном использовании коечного фонда. Переход на оплату медицинской помощи в стационаре за законченный случай, а также внедрение современных диагностических и лечебных технологий (лапароскопическая хирургия, компьютерная томография и т. д.) привели к значительному сокращению длительности пребывания больного на больничной койке с 12,9 койко-дней в 1996 г. до 10,3 в 2005 г., в том числе в сельской местности – с 9,7 до 8,7 койко-дней.

В республике достаточно активно внедряется общая врачебная практика, в связи с чем обеспеченность соответствующими специалистами на 10 тыс. населения по республике составила 0,44, в том числе по селу – 0,53, что в 1,3 раза превышает российский показатель (РФ – 0,34; СФО – 0,24).

В результате принятых мер за период с 1996 по 2005 г. число посещений в расчете на одного сельского жителя в поликлиниках и ОВП возросло в 2 раза

и в 2005 г. составило 7,2 (РА – 8,4), в то время как в 1996 г. данный показатель составлял 3,6 (РА – 6,5).

Таким образом, внедрение системы управления качеством оказания медицинской помощи населению на основе системного подхода, а также реструктуризация отрасли, позволили значительно улучшить первичную медико-санитарную помощь населению республики.

### Литература

1. *Медведев Д.В.* Основные направления и проблемы реформирования системы здравоохранения // *Вопр. экономики и управления для руководителей здравоохранения.* 2007. 1(64): 4-23.

*Medvedev D.V.* Main trends and problems of public service reforming // *Voprosy ekonomiki i upravleniya dlya rukovoditelei zdravookhraneniya.* 2007. 1(64): 4-23.

2. *Суслин С.А., Галкин Р.А.* Проблемы совершенствования организации медицинской помощи сельскому населению (обзор литературы) // *Здравоохранение РФ.* 2006. 1: 14-17.

*Suslin S.A., Galkin R.A.* Problems of improving of rural population medical care organizing (Survey) // *Zdravookhranenie of RF.* 2006. 1: 14-17.

3. *Татарников М.А.* Основные этапы и перспективы реформирования здравоохранения // *Главврач.* 2006. 12: 12-83.

*Tatarnikov M.A.* Main stages and perspectives of public health system reforming. // *Glavvrach.* 2006. 12: 12-83.

4. *Калининская А.А., Шляфер С.И., Дзугаев А.К., Меркина Л.А.* Медицинская помощь сельскому населению // *Главврач.* - 2006. - №9. - С.19-24.

*Kalininskaya A.A., Shlyafser S.I., Dzugaev A.K., Merkina L.A.* Medical care of rural population // *Glavvrach.* - 2006. - №9. - P.19-24.

5. *Петровский В.С.* Проблемы организации медицинского обслуживания работающих граждан // *Здравоохранение.* 2006. 6: 32-36.

*Petrovski V.S.* Problems of working people medical care organizing // *Zdravookhranenie.* 2006. 6: 32-36.

6. *Суслин С.А.* Современные подходы к диспансеризации взрослого населения в условиях сельской местности // *Главврач.* 2005. 8: 26-30.

*Suslin S.A.* Modern approaches to adult population clinical examination in rural areas // *Glavvrach.* 2005. 8: 26-30.

7. *Шарапова О.В., Баклаенко Н.Г., Королева Л.П.* Материнская смертность в Российской Федерации: состояние и пути снижения // *Главврач.* 2006. 10: 4-12.

*Sharapova O.V., Baklaenko N.G., Koroleva L.P.* Maternal mortality in Russian Federation: condition and way of reduction // *Glavvrach.* 2006. 10: 4-12.

8. *Полесский В.А., Мартынчик С.А., Запороженко В.Г., Мартынчик Е.А.* Разработка социальной целевой профилактической программы на региональном уровне // *Главврач.* 2006. 10: 4-14.

*Polesski V.A., Martynchik S.A., Zaporozhchenko V.G., Martynchik E.A.* Elaborating of social-aimed prophylaxis program at the regional level // *Glavvrach.* 2006. 10: 4-14.

9. *Синявский В.М., Журавлев В.А.* Организация системного управления, учета и контроля в амбулаторно-поликлинической службе // *Главврач.* 2006. 6: 41-50.

*Sinyavski V.M., Zhuravlev V.A.* Organizing of system management, registration and control in outpatient and polyclinic service // *Glavvrach.* 2006. 6: 41-50.

10. *Чертухина О.Б., Гусева С.Л.* Методы материального стимулирования сотрудников как основа повышения эффективности работы АПУ // *Главврач.* 2006. 1: 86-93.

*Chertukhina O.B., Guseva S.L.* Methods of workers financial stimulation as a basis of working efficiency increasing // *Glavvrach.* 2006. 1: 86-93.

## PECULIARITIES OF THE STATE OF HEALTH AND ORGANISATION OF RENDERING MEDICAL AID IN THE REGION WITH LOW DENSITY OF POPULATION (ALTAY REPUBLIC AS AN EXAMPLE)

**Irina Vasilevna Nonukova<sup>1</sup>, Vladimir Mikhailovich Chernyshev<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>*Administration of Federal Service for the Supervision of Public Health and Social Development (Roszdravnadzor) in Republic Altai*

*649000, Altaiskaya Republic, Gorno-Altaysk, Ulagasheva str., bd.13*

<sup>2</sup>*Doctor advanced training and occupational retraining faculty of Novosibirsk Roszdrav 630091, Novosibirsk, Nemirovicha-Danchenko str., 130*

As a result of the systematic approach to the administration of the quality of medical aid, which was introduced in the Altay Republic, the organization of the first medical aid has improved.

The strategy of the public health development in the Altay Republic proposes a further rise in availability and quality of medical aid. which is possible on the basis of the rational use of the resources and effective work of the public health system. In the loti run it will lead to the decline in sickness, death and disability rate.

**Key words:** medical care organizing, public health

*Chernyshev V. M. – head of chair of social hygiene and public health system organizing, kafmed@oblmed.nsk.ru*  
*Nonukova I.V. — head of Roszdravnadzor of Altai Republic, info@reg2.roszdravnadzor.ru*