|  |
| --- |
| **Д О К Л А Д**  Министерства здравоохранения  Российской Федерации  ОБ ИТОГАХ РАБОТЫ ОРГАНОВ И УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В 2002 ГОДУ И МЕРАХ ПО ПОВЫШЕНИЮ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ  **Реализация "Программы социально-экономического развития Российской Федерации на среднесрочную перспективу (2002-2004гг.)" в отрасли здравоохранения в 2002 году**  Целью государственной политики в области здравоохранения на период до 2004г., определенной Программой социально-экономического развития Российской Федерации на среднесрочную перспективу (2002-2004 годы), утвержденной распоряжением Правительства Российской Федерации от 10.07.2001 № 910-р с изменениями от 06.06.2002, является улучшение состояния здоровья населения на основе обеспечения доступности медицинской помощи путем создания правовых, экономических и организационных условий предоставления медицинских услуг, виды, качество и объемы которых соответствуют уровню заболеваемости и потребностям населения, современному уровню развития медицинской науки, а также ресурсам, которыми располагает государство и граждане.  Основная деятельность в сфере здравоохранения Российской Федерации соответствует стратегическому плану и направлена на решение важнейших проблем по обеспечению безопасности нашего государства.  Вот некоторые положительные результаты:  - В течение последних лет наблюдаются положительные тенденции в отношении материнской, младенческой смертности. За 2002г. показатель младенческой смертности составил 13,3 на 1000 родившихся живыми, за 2001г. - 14,6.  Регистрируемое в последние годы ежегодное снижение материнской и младенческой смертности является результатом совместной целенаправленной работы по совершенствованию организации медицинской помощи женщинам и детям как на федеральном, так и на региональном уровнях.  - Организована работа по оказанию медицинской помощи беспризорным и безнадзорным детям. В органах здравоохранения субъектов Российской Федерации выделены лечебно-профилактические учреждения для оказания медицинской помощи таким детям.  - Проведена Всероссийская диспансеризация детей до 18 лет.  - В стране достигнут высокий уровень охвата детей профилактическими прививками, в установленные сроки вакцинировано 95,3-98,5% детей против дифтерии, столбняка, коклюша, эпидемического паротита, кори, полиомиелита. В Чеченской Республике и Республике Ингушетия проведена дополнительная иммунизация против полиомиелита с охватом свыше 100 тыс. детей в возрасте до 5 лет.  - Отмечено значительное снижение заболеваемости острыми вирусными гепатитами, краснухой, эпидемическим паротитом, дифтерией.  - В целях снижения показателей заболеваемости и смертности от болезней системы кровообращения начата реализация программы "Профилактика и лечение артериальной гипертонии в Российской Федерации".  Одним из важнейших программных мероприятий является организация и проведение массовых мероприятий по выявлению на ранних стадиях артериальной гипертонии у населения, включая детей и подростков. Данная работа проводится в более чем 30 субъектах Российской Федерации.  В ряде регионов возобновлена практика измерения артериального давления всем лицам, обратившимся в лечебно-профилактическое учреждение по любому поводу, проводится целевая диспансеризация по сердечно-сосудистым заболеваниям.  - Продолжается рост количества хирургических и эндоваскулярных вмешательств на коронарных артериях при ИБС.  Всего в 2002г. произведено - 11744 операции на сердце (в 2000г. - 8805), коронарных шунтирований - 6229 (в 2000г. - 4731), коронарные шунтирования без искусственного кровообращения - 945 (в 2000г. - 672), операции на клапанах сердца -314 (в 2000г. - 242). При этом увеличилось количество лечебно-профилактический учреждений производивших кардиохирургические операции с 63 до 70.  Масштаб применения инвазивных методов лечения ИБС увеличился по сравнению с 2000г. на 33,4%. Число больных, подвергнутых коронарному шунтированию, выросло на 31,6%. При этом стало больше сочетанных операций - на клапанах, на магистральных сосудах - в общей сложности на 33,7%. Число пациентов с транлюминальной балонной ангиопластикой коронарных артерий выросло на 34,2%, в том числе с использованием стентов - на 65,3%.  В значительной степени увеличилось количество реваскуляризирующих вмешательств при острых расстройствах коронарного кровообращения - на 56,9% относительно 2000г., в том числе на 38% - шунтирующих операций.  Количество операций шунтирования коронарных артерий без проведения искусственного кровообращения в 2002г. увеличилось на 40%. В отдельных клиниках такие вмешательства составляют от 31 до 100%.  Объем хирургической помощи больным с приобретенной патологией сердца увеличился на 16,5 %, в том числе операций протезирования клапанов - на 23,5%, а удельный вес последних повысился с 77,0% в 1999г. до 83,4% - в 2002 г. Значительно выросла доля одномоментных протезирований клапана и восходящей аорты (на 34,3%), или шунтирования коронарных артерий (на 27,3%), при этом увеличилось и количество операций коррекции клапанного порока, обусловленного ИБС.  В 2002г. отмечено дальнейшее расширение применения различных клапаносохраняющих методик (на 27,9%), причем у 83,9% больных - в сочетании с одновременной комиссуротомией или протезированием другого клапана. Они составили 16,5% всех вмешательств по поводу ППС (в 2000г. - 15%). Всего произведено 915 реконструкций (пластик и аннулопластик) клапана, из них 18,8% - митрального, 5,7% - аортального, 75,5% - трикуспидального.  Общее количество имплантаций электростимуляторов в 2002г. выросло на 16,7% по сравнению с 2000г., причем в этом объеме повысился удельный вес клиник, выполнивших за год более 200 операций. Так в 2002г. было выполнено 13047 имплантаций ЭКС (в 2000г. - 11177).  - Активно осуществляется реструктуризация сети лечебно-профилактических учреждений: сокращается число стационаров (с 1995г. на 14,4%), в основном за счет городских больниц (на 25,4%); число сельских амбулаторий увеличивается (на 5,5%), в целом же число амбулаторно-поликлинических учреждений сократилось на 15%.  Сокращаются в основном учреждения с малой мощностью, о чем свидетельствует увеличение плановой мощности амбулаторно-поликлинических учреждений. Наблюдается увеличение числа мест в дневных стационарах. За последние 5 лет их число возросло более чем на 90 тыс. и составило 128891 место, на 10 тыс. населения - 8,9 (в 1996г. - 2,6), число пролеченных больных за этот период в учреждениях данного типа увеличилось почти в 3 раза и составляет 248,7 на 10 тыс. населения. Быстрыми темпами растет число мест дневного пребывания при круглосуточных стационарах (5,1 на 10 тыс. населения), такая же тенденция наблюдается и в отношении амбулаторно-поликлинических учреждений (3,9 на 10 тыс. населения).  Реструктуризация коечного фонда учреждений здравоохранения повлекла за собой улучшение его деятельности, что отразилось в следующих показателях: среднегодовая занятость койки составляет 315 дней против 303 в 1995г., оборот койки увеличился до 20,8, средняя длительность пребывания больного на койке уменьшается и составляет 15,0 дней против 16,8 в 1995г.  - Продолжено создание окружных медицинских центров с наделением их функций по внедрению высоких технологий с целью делегирования полномочий на использование квот по высокотехнологичным видам медицинской помощи, что позволяет существенно повысить доступность данного вида медицинской помощи.  - Важным направлением деятельности остается реализация конституционных прав граждан на получение бесплатной медицинской помощи в рамках Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи (Программа госгарантий). При этом особый акцент в 2002 г. был сделан на проведение реструктуризации объемов медицинской помощи в субъектах Российской Федерации в соответствии с основными показателями Программы госгарантий.  Положительным результатом явилось значительное увеличение объемов поступления средств на ОМС неработающего населения, обусловленное погашением плательщиками задолженности прошлых лет, а также улучшение ситуации по перечислению страховых взносов на ОМС неработающего населения, предусмотренных в соответствующих бюджетах на текущий год.  Фактическое поступление страховых платежей на ОМС неработающего населения за 2002г. составило 42,4 млрд. руб., что на 65% больше, чем за 2001г.  - Финансовое обеспечение в полном объеме бюджетных обязательств значительно стабилизировало состояние отрасли и создало предпосылки для дальнейшего ее развития и реформирования. К 2003г. по сравнению с 1998г. объем финансирования здравоохранения увеличился в 3,5 раза.  - Государственная регистрация, контроль лекарственных средств позволили улучшить обеспечение потребителя качественными, эффективными, безопасными лекарственными средствами. Тенденция к уменьшению забракованных лекарственных средств продолжается.  В целях защиты прав и интересов потребителей и проведения единой политики в области обеспечения населения высококачественными и безопасными лекарственными средствами на территории Российской Федерации введены в действие "Правила проведения сертификации в Системе сертификации лекарственных средств Системы сертификации ГОСТ Р".  - Принята Концепция кадровой политики в здравоохранении Российской Федерации, которая предусматривает развитие механизмов рационального использования кадрового потенциала отрасли, планирования подготовки и трудоустройства молодых специалистов.  В медицинских и фармацевтических вузах Минздрава России отработана практика целевого приема на основе договоров между вузом, органом управления здравоохранением субъекта Российской Федерации и гражданином, направляемым на обучение по медицинской или фармацевтической специальности. В рамках указанных договоров осуществляется подготовка по специальностям в соответствии с потребностями учреждений здравоохранения субъекта Российской Федерации, устанавливаются условия трудоустройства и социального обеспечения выпускника. |

|  |
| --- |
| - Сформирован институт главных специалистов по сестринскому делу в федеральных округах и органах управления здравоохранением субъектов Российской Федерации. Чрезвычайно важным явилось создание нормативно-правовой базы по использованию специалистов с высшим сестринским образованием в практическом здравоохранении.  Таким образом, подводя итоги отчетного года следует сказать, что сделано немало: сформирована законодательная и нормативная база российского здравоохранения, реализуются гарантии государства гражданам на бесплатную медицинскую помощь, некоторые показатели состояния здоровья населения страны имеют положительную динамику, внедряются современные медицинские и организационные технологии. Вместе с тем имеются недостатки и проблемы, которые требуют к себе пристального внимания и решительных действий.  Основной проблемой является ухудшение ряда показателей состояния здоровья населения и в первую очередь рост показателей смертности. В 2002г. вновь зарегистрированы высокие уровни смертности и рост их продолжается. По данным Госкомстата России показатели смертности равны 16,3 случая на 1000 населения (в 2001г. - 15,6‰), их уровни выросли в основном за счет инфекционных и паразитарных болезней, в том числе туберкулеза, выросли показатели болезней системы кровообращения, органов дыхания, органов пищеварения. Уровень смертности от несчастных случаев, травм и отравлений в 2002г. остался на уровне 2001г.  Вызывает тревогу продолжающийся в стране рост алкоголизма, о чем прежде всего свидетельствует рост алкогольных психозов. Распространенность нелегального потребления наркотиков и наркомании также продолжает возрастать, хотя темпы прироста за последний год несколько снизились. Наиболее поражаемой психоактивными веществами частью общества является подрастающее поколение. К алкоголю и наркотикам во все большей степени приобщаются женщины.  Проблема ВИЧ-инфекции для России по прежнему остается одной из наиболее острых. На 01.01.2003 в Российской Федерации зарегистрировано более 223 тыс. ВИЧ-инфицированных, в том числе 5139 детей. Больных СПИДом - 781 человек, из них 183 ребенка. В 2001г. было выявлено максимальное за весь период регистрации этой инфекции число ВИЧ-инфицированных - 87177 человек, вместе с тем, за 2002 г. зарегистрировано 46 тыс. новых случаев заражения, что в 1,9 раза меньше по сравнению с аналогичным периодом прошлого года.  За последние годы резко возросло количество детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей, только в 2002 г. родилось 2332 таких ребенка.  Несмотря на положительную динамику основных показателей, характеризующих здоровье матери и ребенка, имеет место увеличение числа женщин с осложненным течением беременности (анемией, болезнями почек, поздним токсикозом беременности и др.). Не имеет тенденции к снижению число родов с различными осложнениями, которые являются в первую очередь следствием низкого уровня общесоматического здоровья женщин. Остается высоким уровень гинекологической заболеваемости.  Следует признать, что высокие показатели заболеваемости, инвалидности, смертности от сердечно-сосудистых болезней, туберкулеза, онкологии связаны не только с социально-экономическими преобразованиями, происходящими в стране, но и с тем, что значительно сократился объем профилактической деятельности, нет системного подхода в ее организации и проведении в первичном звене здравоохранения, недостаточно проводится санитарно-просветительная работа среди населения. Ослабление профилактической работы и несовершенная система учета приводят к недовыявлению лиц, подлежащих наблюдению. Недостаточно используются такие формы организации лечения как дневные стационары при врачебных амбулаторно-поликлинических учреждениях и стационары дневного пребывания в больницах. Существующая система реабилитационной службы больным не обеспечивает потребности нуждающихся в этой помощи.  За последние десятилетия разрушена система этапного лечения и реабилитации больных с профессиональными заболеваниями. Практически повсеместно закрыты санатории-профилактории, на многих предприятиях ликвидированы отделы производственной профилактики, здравпункты.  В целом следует сказать, что медленно внедряются в практическое здравоохранение современные и перспективные технологии профилактики, диагностики, лечения. Слабая материально-техническая база ряда лечебно-профилактических учреждений в том числе специализированных не позволяет повышать эффективность деятельности и качество оказания медицинской помощи.  Как пример следует привести следующие факты.  Так, показатель выявляемости злокачественных новообразований при проведении профилактических осмотров в настоящее время составляет около 10%, что существенно ниже уровня, достигнутого к началу 90-х годов.  Доля больных, выявленных при проведении профилактических осмотров по сравнению с уровнем 1985г. при новообразованиях шейки матки, где особенно эффективны профосмотры, снизилась на 40,1%, при опухолях молочной железы на 17,6%, при новообразованиях трахеи, бронхов, легкого на 18,5%. При этом доля больных с I-II стадиями опухолевого процесса, выявленных при профилактических осмотрах от числа всех больных указанными стадиями сократилась с 17% в 1986 г. до 12,8% в 2001г. Редким событием является диагностика новообразований в преинвазивной стадии, а показатель запущенности вырос за этот период на 24,8%. В целом показатели активного выявления злокачественных новообразований в России абсолютно неадекватны современным возможностям медицины.  Медленными темпами проводится реформа в здравоохранении. Имеются значительные трудности как в развитии амбулаторно-поликлинического звена по принципу общеврачебной практики, так и в реструктуризации стационарного звена с развитием стационарозамещающих технологий.  Подавляющее большинство территориальных поликлиник в настоящее время продолжают оказывать первичную медицинскую помощь силами участкового терапевта и многочисленных специалистов.  Несколько тысяч подготовленных в России врачей общей практики (семейных врачей) продолжают работать участковыми терапевтами.  Даже в тех регионах, где успешно развивается первичная медико-санитарная помощь, оказываемая врачом общей практики, практически не уменьшается абсолютное число участковых врачей и узких специалистов в поликлинике.  Функционирование службы общей врачебной (семейной) практики должно сопровождаться соответствующими изменениями в системе финансирования и переоснащения амбулаторно-поликлинических учреждений для работы по данной технологии, а также строительством новых офисов по типовым проектам, разработанным в ходе выполнения отраслевой программы для работы семейных врачей. К сожалению этого до сих пор нет.  Без дальнейшего развития системы общих врачебных (семейных) практик невозможно эффективное использование ресурсов здравоохранения, увеличение объемов и качества оказания медицинской помощи на догоспитальном этапе, в том числе на дому, снижение потребности в дорогостоящих госпитальных видах помощи.  Анализ рациональности использования коечного фонда различного уровня - областного, городского, центральной районной больницы, районной больницы, участковой больницы - показал неэффективность работы коек всех уровней.  При этом выявлено, что уровень госпитализации больных с заболеваниями, подлежащих наблюдению и лечению в амбулаторных условиях или в условиях дневных стационаров (хронические гастриты, хронические бронхиты и др.), составляет до 30% в высокоспециализированных стационарах (областная, республиканская, краевая больница), где стоимость койки значительно выше, чем в участковой больнице. При этом одновременно наблюдается очередность на госпитализацию в областные стационары для лечения заболеваний по высоким технологиям (пластические, кардиохирургические операции).  Вместе с тем, средняя длительность пребывания больного на койке с хронической патологией одинакова в стационаре любого уровня. То есть высокая оснащенность современным оборудованием не способствует уменьшению сроков нахождения больного в стационаре областного уровня.  Проведенный анализ показал также, что с приближением стационара к больному увеличивается уровень необоснованных госпитализаций и составляет до 80% в участковых больницах по отдельным видам заболеваний. Это обусловлено в первую очередь тем, что участковые больницы исполняют роль больниц сестринского ухода и их койки являются скорее социальными, чем медицинскими.  Во многих субъектах Российской Федерации неправильно планируется проведение эффективных мер по установлению оптимальных пропорций между объемами оказываемой медицинской помощи на догоспитальном и госпитальном этапе, установлению баланса между уровнями потребления населением ресурсов здравоохранения и имеющимися ограниченными экономическими возможностями.  Обоснование современной модели стационарных учреждений должно основываться на комплексном анализе пропорциональности в развитии стационарной службы, углубленной разработке региональных особенностей заболеваемости населения, учете демографической ситуации, всестороннем анализе эффективности использования ресурсов здравоохранения. При этом финансирование стационарных учреждений должно осуществляться не на койко-место, а на реальные объемы оказанной медицинской помощи с применением коэффициента сложности и затратности данной медицинской услуги.  Экономический кризис обнажил слабые стороны существующей системы оказания скорой медицинской помощи, показал ее высокую затратность и малую эффективность.  Наблюдается дефицит финансирования базовой программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи ОМС, преимущественно за счет взносов на неработающее население.  Основной причиной сохраняющегося дефицита средств на финансирование Базовой программы ОМС являются ненадлежащее исполнение органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации и местного самоуправления статьи 17 Федерального закона "О медицинском страховании граждан в Российской Федерации" в части уплаты страховых взносов на ОМС неработающего населения, а также отсутствие действенного механизма дотирования бюджетов субъектов Российской Федерации и бюджетов органов местного самоуправления из федерального бюджета с целью выравнивания условий финансирования Базовой программы ОМС в экономически депрессивных регионах.  Серьезной проблемой остаются вопросы трудоустройства и закрепления специалистов здравоохранения.  Дефицит финансирования здравоохранения, невысокий уровень оплаты труда его работников, а также определенные трудности, связанные с решением вопросов социальной защищенности медицинских кадров, отрицательно сказываются на закреплении квалифицированных специалистов и способствуют их оттоку в другие отрасли.  **Охрана здоровья матери и ребенка**  Основными задачами службы охраны материнства и детства является профилактика и снижение материнской и младенческой заболеваемости и смертности. Эти важнейшие показатели имеют большое социально-политическое значение и характеризуют не только качество и уровень медицинской помощи женщинам и детям, но и состояние развития здравоохранения и общества в целом.  Последовательно снижается уровень младенческой и материнской смертности. За последние 5 лет абсолютное число умерших женщин уменьшилось с 633 до 479, показатель на 100 тыс. родившихся живыми снизился на 27,3% (с 50,2 в 1997г. до 36,5 в 2001г.), а за последние 10 лет - на 28,2%. По-прежнему в структуре причин материнской смертности ведущее место занимают кровотечения, токсикозы беременности, аборты.  Снижению материнской и младенческой смертности способствовал ряд принятых управленческих решений таких, как создание Комиссии Минздрава России по повышению эффективности оказания медицинской помощи матерям и детям первого года жизни, основной задачей которой является анализ деятельности территорий и совместная выработка конкретных мер по снижению материнской и младенческой смертности. В 2002г. на Комиссии заслушано 11 территорий, им оказана помощь в повышении квалификации специалистов, улучшении организации работы по внедрению современных перинатальных технологий, повышению качества медицинской помощи женщинам и детям. В рамках работы Комиссии утвержден и направлен в территории "План действий по снижению материнской и младенческой смертности в Российской Федерации на 2001-2003 годы".  Приказами Минздрава России от 21.05.2002 №151 и от 01.11.2002 №334 введены должности главных внештатных специалистов в федеральных округах Российской Федерации. Разработаны положения о кураторах и главных специалистах, которыми определены конкретные задачи и направления их деятельности в федеральных округах.  С целью принятия оперативных мер по предотвращению случаев материнской смертности в стране, Минздравом России утвержден приказ от 14.08.2002 № 257 о представлении экстренных донесений о числе рождений, материнской и младенческой смертности. В Московском НИИ педиатрии и детской хирургии и Научном центре акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН действуют соответствующие отделы мониторинга.  Для усиления организационно-методической помощи субъектам Российской Федерации созданы научно-практические центры здоровья женщин после 40 лет и охраны репродуктивного здоровья девочек в Научном центре акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН.  В отчетном году проведены мероприятия, направленные на внедрение в деятельность учреждений детства и родовспоможения новых организационных форм, перинатальных и лечебно-диагностических технологий: IV Российской форум "Мать и дитя", I съезд акушеров-гинекологов и неонатологов, конгрессы, конференции и семинары по проблемам в области акушерства, гинекологии и перинатологии.  Одним из основных механизмов реализации стратегии охраны материнства и детства в 90-х годах являются федеральные целевые программы, позволяющие сосредоточить финансовые ресурсы на решение наиболее острых проблем материнства и детства.  В рамках федеральной целевой программы "Безопасное материнство" решаются задачи по снижению материнской смертности и охране репродуктивного здоровья. На реализацию мероприятий федеральной целевой программы "Безопасное материнство" в 2002г. было выделено 129,186 млн. руб.  За счет средств программы решались вопросы оснащения родовспомогательных учреждений и перинатальных центров территорий Российской Федерации современной аппаратурой и оборудованием: наркозно-дыхательной аппаратурой, гистероскопами, операционными лапароскопами, предназначенными для диагностики осложнений беременности, патологии плода и новорожденного, различных нарушений репродуктивной функции женщин.  Минздравом России в установленном порядке организовано проведение торгов (конкурсов) на закупку указанной аппаратуры, которая поставлена в более чем 80 учреждений родовспоможения.  Учитывая большую медико-социальную значимость, Минздравом России разработана программа развития перинатальных центров за счет средств федерального бюджета с учетом софинансирования субъектов Российской Федерации. В 2002г. проводилась работа по завершению строительства 8 региональных и межрайонных перинатальных центров, на которую выделено 38,5 млн. руб.  В целях повышения информированности специалистов и населения по вопросам здорового образа жизни, охраны репродуктивного здоровья, обеспечения безопасного материнства издано и направлено в субъекты Российской Федерации в отчетном году более 20 тыс. экземпляров информационно-методических материалов.  На средства программы осуществлены научные исследования по разработке новых методов профилактики, диагностики и лечения основных видов патологии беременности и родов, плода и новорожденного.  Важным результатом реализации мероприятий федеральной целевой программы "Безопасное материнство" явилось внедрение в практическое здравоохранение новых организационных форм, перинатальных технологий, санитарных норм и правил.  В настоящее время практически сформировано новое направление в лечении бесплодия супружеских пар - вспомогательные репродуктивные технологии, которые необходимо развивать для обеспечения потребности и улучшения воспроизводства населения в стране.  По-прежнему заслуживают внимания проблемы онкологических заболеваний репродуктивной системы у женщин, из них более половины приходятся на долю рака молочной железы. Важным резервом снижения частоты онкологических заболеваний у женщин является профилактика, раннее выявление и лечение воспалительных, эндокринных нарушений репродуктивной системы, на фоне которых в дальнейшем развиваются злокачественные заболевания.  Медико-социальная значимость и важность проблемы профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку требует углубленного анализа сложившейся ситуации с распространенностью этой инфекции среди беременных женщин и принятие неотложных мер по ее предотвращению. В этих целях Минздравом России подготовлено и направлено в субъекты Российской Федерации информационное письмо от 27.06.2002г. № 2510/6468-02-03 "Беременность и роды у ВИЧ-инфицированных женщин в Российской Федерации в 2000-2001 годах" с рекомендациями провести оценку ситуации на местах для принятия необходимых мер.  На реализацию мероприятий медицинских разделов федеральных целевых программ в 2002г. было выделено:  - по программе "Дети Чернобыля" - 3483,7 тыс. руб.,  - по программе "Дети-инвалиды"-79,8 млн. руб.  За счет средств программы "Дети Чернобыля" продолжены мероприятия по обеспечению функционирования Детского научно- практического центра противорадиационной защиты Минздрава России и 4-х межрегиональных кабинетов по экспертизе состояния здоровья детей, родившихся от участников ликвидации аварии на Чернобыльской АЭС, эвакуированных и отселенных из зон отчуждения и отселения.  За счет средств программы "Дети-инвалиды" осуществляется неонатальный скрининг на врожденные болезни обмена веществ, фенилкетонурию и врожденный гипотиреоз, оснащение медицинским оборудованием федеральных и межрегиональных медико-генетических центров и консультаций.  В марте 2002г. вопрос по совершенствованию системы охраны здоровья детей в Российской Федерации рассмотрен на заседании Правительства Российской Федерации.  Разработана и утверждена в составе федеральной целевой программы "Дети России" на 2003 - 2006 гг. подпрограмма "Здоровый ребенок" (постановление Правительства Российской Федерации от 03.10.2002г. № 732).  Продолжалась работа совместно с Федеральным фондом ОМС по финансовой поддержке федеральных медицинских учреждений в рамках программы "Охрана материнства и детства" и региональных программ. За 11 месяцев 2002г. на эти цели Федеральным фондом было выделено 501,3 и 324,1 млн. руб. соответственно.  Из средств резервного фонда Президента Российской Федерации в 2002г. на сумму 16,543 млн. руб. приобретены лекарственные средства и медицинское оборудование для федеральных и региональных медицинских учреждений.  В 2002г. продолжалась реализация комплексных мер по охране здоровья детей на федеральном и региональном уровнях. В соответствии с Конвенцией ООН о правах ребенка завершена работа по переводу детей в возрасте до 18 лет на медицинское обслуживание педиатрической сетью.  Система непрерывного наблюдения за здоровьем детей на всех этапах их развития организована полностью в 87 субъектах Российской Федерации.  В большинстве регионов на базе амбулаторно-поликлинических учреждений созданы отделения (кабинеты) медико-социальной помощи.  Организовывались учреждения современного типа для работы с детьми и подростками - молодежные консультативно-диагностические центры, центры по охране здоровья детей и подростков, центры репродуктивного здоровья подростков, психологические и профориентационные центры.  В педиатрических амбулаторно-поликлинических учреждениях начата работа по организации медицинского обеспечения подготовки юношей к военной службе.  Актуальной на сегодняшний день является проблема подготовки врачей-педиатров по вопросам физиологии и патологии подросткового возраста, медицинского обеспечения подготовки юношей к военной службе, вопросам профессиональной ориентации.  По-прежнему требуют внимания проблемы профилактики социального сиротства. В настоящее время в домах ребёнка воспитывается 19296 детей.  Изменился социальный состав детей, поступающих в дома ребенка. Дети-сироты и дети, оставшиеся без попечения родителей, составляют 74,5 %, т.е. за 10 лет удельный вес социальных сирот вырос в 1,5 раза.  Среди детей, поступающих в дома ребёнка, осложнения внутриутробного развития отмечены у 64% детей; 50% воспитанников домов ребенка с рождения имели перинатальную патологию, 10% - врожденные или наследственные заболевания,48% родились недоношенными или с низкой массой тела, заболевания периода новорожденности имели 70-80% воспитанников.  Минздрав России, органы и учреждения здравоохранения проводят целенаправленную систематическую работу по созданию условий в домах ребёнка, способствующих обеспечению детей медицинской помощью в полном объёме, их социальной адаптации и устройству в семью. В структуре деятельности домов ребёнка 50-70 % всего объёма деятельности занимает медицинская реабилитация.  Создание условий для проведения восстановительного лечения, организации комплексной медико-психолого-педагогической реабилитации позволяет решать вопросы укрепления здоровья детей, их социальной адаптации, а это в свою очередь, даёт возможность решать вопрос об обретении ребенком семьи, что является главной целью всей деятельности дома ребенка. Так, в настоящее время из числа детей, выбывающих из домов ребёнка, более 75% поступают в семьи.  Основными направлениями работы органов управления здравоохранением по совершенствованию деятельности домов ребёнка являются: развитие реабилитационной помощи; проведение комплекса мероприятий, содействующих обретению ребёнком семьи на основе решения проблем, связанных с его здоровьем; защита прав детей раннего возраста, попавших в трудную жизненную ситуацию.  В рамках реализации Федерального Закона от 24.06.1999 № 120 "Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних" и постановления Правительства Российской Федерации от 13.03.2002 № 154 "О дополнительных мерах по усилению профилактики беспризорности и безнадзорности несовершеннолетних на 2002 год" и утвержденного плана мероприятий подготовлена нормативная база для регламентации деятельности органов управления и учреждений здравоохранения в субъектах Российской Федерации по вопросам оказания медицинской помощи беспризорным и безнадзорным детям.  Внесены предложения по изменению и дополнению действующего законодательства в части усиления ответственности родителей (законных представителей) за невыполнение обязанностей по воспитанию, содержанию, обучению несовершеннолетних.  Расширены медицинские показания для направления несовершеннолетних на обучение в специальные учебно-воспитательные учреждения закрытого типа органов образования. Отрегулированы вопросы оказания медицинской помощи несовершеннолетним, доставленным в органы внутренних дел и выявления семей, находящихся в социально-опасном положении.  Минздрав России принял участие в работе десяти заседаний Межведомственного оперативного штаба по координации деятельности федеральных служб исполнительной власти, направленной на борьбу с беспризорностью, безнадзорностью и правонарушениями несовершеннолетних, в работе четырех заседаний Межведомственной комиссии при Правительстве Российской Федерации по делам несовершеннолетних.  В течение 2002г. проведено 10 заседаний Оперативного штаба Минздрава России, селекторное совещание с руководителями органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации по профилактике беспризорных и безнадзорных несовершеннолетних.  Членами оперативного штаба Минздрава России по профилактике беспризорности и безнадзорности выполнено более 10 выездов в субъекты  Российской Федерации с целью изучения вопроса о ходе работ по усилению профилактики беспризорности и безнадзорности несовершеннолетних.  В органах здравоохранения субъектов Российской Федерации выделены лечебно-профилактические учреждения для оказания медицинской помощи несовершеннолетним, беспризорным и безнадзорным.  Минздравом России проведена Всероссийская диспансеризация детей до 18 лет.  С целью оказания методической помощи регионам по проведению диспансеризации подготовлены инструктивно-методические материалы, разработаны схемы оказания медицинской помощи при психических и поведенческих расстройствах, вызванных употреблением психоактивных веществ, подготовлено пособие для врачей по ранней диагностике злоупотребления психоактивными веществами у несовершеннолетних при проведении профилактических осмотров для оказания практической помощи территориям (приказ  Минздрава России от 15.02.2002 № 81 "О проведении Всероссийской диспансеризации детей в 2002г.", приказ Минздрава России от 17.04.2002 № 121 "Об утверждении медицинской карты Всероссийской диспансеризации детей").  Для получения объективной стандартизованной информации о результатах диспансеризации Минздравом России разработано программное обеспечение (автоматизированная система) Всероссийской диспансеризации детей.  С целью контроля за ходом Всероссийской диспансеризации в Минздраве России создана межведомственная комиссия с привлечением Министерства образования, Министерства юстиции, Министерства внутренних дел, Минтруда и социального развития Российской Федерации.  В ходе контроля за проведением Всероссийской диспансеризации на Межведомственной комиссии регулярно заслушивались руководители органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации (Владимирская, Ивановская, Смоленская, Саратовская, Брянская, Астраханская, Новгородская, Костромская, Вологодская, Иркутская, Курганская, Ростовская области, республики Башкортостан, Карелия, Тыва, Алтайский край, г. Москва). Ход диспансеризации проверен с выездом на место в 12 субъектах Российской Федерации.  Кроме того, вопрос о ходе Всероссийской диспансеризации обсуждался на ряде межобластных совещаний, на координационных советах в федеральных округах, республиканском совещании руководителей службы охраны материнства и детства всех субъектов Российской Федерации.  По итогам диспансеризации Минздравом России разработан комплекс первоочередных и долгосрочных мер по оздоровлению детей Российской Федерации, будет подготовлен Государственный Доклад о состоянии здоровья детей.  Целенаправленные мероприятия по охране здоровья матери и ребенка осуществляются в соответствии со структурной реформой здравоохранения, в условиях рационализации и реструктуризации амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи, основанной на внедрении стационарзамещающих технологий, увеличении объемов помощи в условиях дневных стационаров, обеспечении этапности оказания медицинской помощи населению, расширении объемов профилактической работы и увеличении объемов амбулаторно-поликлинической помощи. Так, доля оперативных вмешательств на женских половых органах, проведенных в дневных стационарах при амбулаторно-поликлинических учреждениях, составляет 55,5% от всех операций в дневных стационарах лечебно-профилактических учреждений. В результате проводимой работы за последние 5 лет удельный вес коек патологии беременности в общем числе акушерских коек увеличился на 13,2%, число коек для производства абортов сократилось в 1,4 раза.  За последние 5 лет число стационарных коек для детей сократилось до 222,5 тыс. против 241,7 в 1997г. (на 7,9%), обеспеченность ими на 10 тыс. детей составила 88,0 (1997г. - 84,0). Сокращение произошло как за счет педиатрических - на 14,2%, так и инфекционных - на 16,9%, при этом объемы госпитализации детей не сократились. Число специализированных коек для детей увеличилось до 91,9 тыс. против 85,7 тыс. в 1997г., обеспеченность ими на 10 тыс. детей составила 36,4 (1997г. - 29,8). Отмечается недостаточное увеличение числа коек для недоношенных и новорожденных - за последние 5 лет на 4,1%, при этом в 2001г. их число сократилось до 10107 против 10397 в 2000г.  За последние 5 лет число дневных стационаров всех типов для детей, в том числе стационаров на дому, увеличилось с 224 в 1997г. до 423 в 2001г. Число коек в них возросло с 3 532 до 6 892.  Количество детей, пролеченных в дневных стационарах и стационарах дневного пребывания, увеличилось в 2 раза.  Пристального внимания требует решение кадровых вопросов: продолжается снижение числа акушерок, низкой остается обеспеченность врачами акушерами-гинекологами и акушерками на селе и др.  За 9 месяцев 2002г. высокотехнологичные (дорогостоящие) виды медицинской помощи детям были оказаны в 37 учреждениях Минздрава России и 19 учреждениях РАМН, пролечено 10778 больных детей из 89 регионов Российской Федерации.  В мае 2002г. Минздравом России издан приказ "Об увеличении объемов оказания высокотехнологичных видов медицинской помощи детям", которым предусмотрено увеличение до 70% количество квот на оказание отдельных видов специализированной помощи - кардиохирургической, нейрохирургической, травматолого-ортопедической.  В целом, для решения проблем материнства и детства, необходимо обеспечить приоритетное развитие и поддержку службы на всех уровнях, сохранение государственного характера медицинской помощи женщинам и детям, доступности дорогостоящих видов медицинской помощи, осуществление всего комплекса мер по реализации государственной политики в области охраны материнства и детства, направленных на повышение качества медицинской помощи, предупреждение и снижение материнской и младенческой заболеваемости и смертности, инвалидности с детства.  **Основные социально-значимые заболевания**  Важным направлением деятельности стала работа по борьбе с заболеваниями социального характера. В 2002 г. вступила в действие федеральная целевая программа "Предупреждение и борьба с заболеваниями социального характера (2002-2006 годы)".  В 2002г. Минздравом России продолжилась целенаправленная работа по стабилизации эпидемиологической ситуации по туберкулезу.  Основное внимание при решении данной проблемы сосредоточено на совершенствовании качества оказания противотуберкулезной помощи населению, развитии комплекса профилактических мероприятий, повышение квалификации и обучение медицинских работников.  Основополагающим документом для реализации данных мероприятий является подпрограмма "Неотложные меры борьбы с туберкулезом в России" федеральной целевой программы "Предупреждение и борьба с заболеваниями социального характера (2002-2006 годы)". Минздрав России и органы управления здравоохранением субъектов Российской Федерации определили реализацию подпрограммы приоритетным направлением в борьбе с туберкулезом, совершенствовании организации и повышении эффективности оказания медицинской помощи больным.  Реализация программных мероприятий осуществляется при тесном взаимодействии Минздрава России с Минюстом России, Минэкономразвития России, Минсельхозом России и Минпромнауки России.  Минздрав России совместно с федеральными научно-исследовательскими институтами туберкулеза и фтизиопульмонологии оказывает организационно-методическую помощь субъектам Российской Федерации по вопросам организации и проведения профилактических противотуберкулезных мероприятий, внедрения новых форм и методов диагностики и лечения больных туберкулезом. С этой целью в течение 2002г. специалистами профильных институтов осуществлены выезды в 28 субъектов Российской Федерации.  С 2002г. в Российской Федерации активизирована реализация мероприятий по обеспечению проведения в полном объеме обязательных профилактических противотуберкулезных мероприятий в очагах туберкулезной инфекции, среди групп повышенного риска заболевания туберкулезом и детей, инфицированных туберкулезом. В рамках подпрограммы проводились мероприятия по статистическому наблюдению за туберкулезом, формированию системы эпидемиологического мониторинга.  В целях упорядочения централизованных закупок определена потребность субъектов Российской Федерации в противотуберкулезных препаратах и медицинской техники, сформирован соответствующий перечень, определен порядок распределения.  В настоящее время субъекты Российской Федерации полностью обеспечены противотуберкулезными препаратами первого ряда, проводились закупки препаратов "резерва".  Учитывая особую значимость флюорографии при выявлении и диагностике туберкулеза, основные средства, выделяемые в рамках программы на закупку оборудования, направлены на приобретения цифровых флюорографов.  Проводится целенаправленная работа по строительству и реконструкции противотуберкулезных учреждений.  В течение 2002г. успешно осуществлялось строительство следующих противотуберкулезных учреждений: Новосибирский научно-исследовательский институт туберкулеза; Областной противотуберкулезный диспансер в г. Брянске; Детский туберкулезный санаторий "Кирицы" Минздрава России; Республиканский противотуберкулезный диспансер в г. Чебоксары Чувашской Республики на 120 коек; Детский туберкулезный санаторий в г.Чуварлей Чувашской Республики; Областной туберкулезный санаторий в с.Хреновое Бобровского района Воронежской области на 360 мест.  В 2002г. продолжена работа по развитию диагностической и лечебной базы федеральных научно-исследовательских институтов фтизиопульмонологии и туберкулеза.  Объем финансирования программы в 2002г. составил 1 млрд. 297,225 млн. руб. Объемы финансирования территориальных программ, ежегодно возрастая, составили около 800 млн. руб.  В целях использования мирового опыта, привлечения дополнительных инвестиций на борьбу с туберкулезом, Минздрав России активно сотрудничает со Всемирной организацией здравоохранения, Советом Европы, правительственными и неправительственными международными организациями. В 2002г. в 26 субъектах Российской Федерации реализовывались проекты по борьбе с туберкулезом с участием международных партнеров. Ежегодный объем вложений международных партнеров в эти проекты составил около 2 млн. долларов.  В течение 2001-2002гг. специалистами Минздрава России, ведущими учеными НИИ фтизиопульмонологии с участием международных экспертов разработаны нормативные документы по диагностике и лечению туберкулеза легких и внелегочных локализаций, в том числе с множественной лекарственной устойчивостью микобактерий туберкулеза, по лабораторной диагностике туберкулеза, по совершенствованию учетно-отчетной документации и системы эпиднадзора за туберкулезом. Подготовлен глоссарий по туберкулезу, включающий в себя более 1000 словарных статей. Завершена работа над приказом Минздрава России "О совершенствовании противотуберкулезных мероприятий в Российской Федерации".  В течение 2002г. велась активная работа по доработке проекта займа Международного банка реконструкции и развития "Профилактика, диагностика, лечение туберкулеза и СПИДа".  Мероприятия, проводимые Минздравом России и органами управления здравоохранением субъектов Российской Федерации по совершенствованию противотуберкулезной помощи населению России, позволили в 2001-2002гг. переломить эпидемическую ситуацию по туберкулезу: стабилизировались основные показатели заболеваемости населения туберкулезом. Так, при среднегодовых темпах роста заболеваемости туберкулезом, начиная с 1994г. на 12% и более, в 2000г. рост составил 5,6%, в 2001-2002гг. отмечено снижение заболеваемости. В 2002г. на 6% снизилась заболеваемость туберкулезом детей. Одновременно возрастает эффективность лечения больных туберкулезом, снижаются показатели первичного выхода на инвалидность по причине туберкулеза.  Эпидемиологическая ситуация в России свидетельствует о сохраняющейся устойчивой тенденции высоких показателей заболеваемости сердечно-сосудистыми болезнями и смертности населения от них.  Болезнями системы кровообращения страдают 20,4 млн. человек. Растет число случаев и число дней временной нетрудоспособности. Число лиц, впервые признанных инвалидами по причинам болезней системы кровообращения растет и составляет более 579 тыс. человек.  Напряженная эпидемиологическая ситуация связана прежде всего с ростом болезней, характеризующихся повышенным кровяным давлением, заболеваемость которыми приобретает характер эпидемии, распространенность артериальной гипертонии среди населения в возрасте от 15 лет и старше составляет около 40%. Обращает на себя внимание высокая распространенность артериальной гипертонии среди детей и подростков (335,6 тыс. человек).  В структуре причин общей смертности населения на долю болезней системы кровообращения приходится 55,6%, ежегодно от этой патологии умирает более 1,2 млн. человек. Рост смертности главным образом происходит за счет потерь в молодом трудоспособном возрасте, наиболее значительный рост наблюдался в возрастной группе от 20 до 29 лет.  Коэффициент смертности по болезням системы кровообращения на территории Центрального федерального округа, в Республике Мордовия, Ленинградской, Псковской, Нижегородской и Пензенской областях значительно превышает показатель смертности по Российской Федерации.  Не снижающийся рост заболеваемости и смертности населения от сердечно-сосудистых заболеваний является одним из важнейших факторов формирования тяжелой демографической ситуации в стране. Общество несет значительные людские потери и экономический ущерб. По прогнозным оценкам экспертов, смертность от болезней системы кровообращения будет возрастать.  В настоящее время специализированную помощь больным сердечно-сосудистыми заболеваниями в Российской Федерации оказывают Российский кардиологический научно-производственный комплекс, Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины, Санкт-Петербургский НИИ кардиологии, НИИ кардиологии при Саратовском государственном медицинской университете, Новосибирский НИИ патологии кровообращения, НИИ кардиологии Томского научного центра Сибирского отделения РАМН, включая филиал этого Института в г.Тюмени, НИИ терапии Сибирского отделения РАМН, а также НИИ неврологии РАМН, 29 кардиологических диспансеров, 2804 кардиологических кабинета, 1103 кардиологических бригады скорой медицинской помощи. Численность врачей-кардиологов составляет 9,7 тыс. человек.  Вместе с тем кардиологическая служба как основное звено в системе здравоохранения по борьбе с сердечно-сосудистыми заболеваниями, не использует имеющиеся возможности в деле улучшения качества и организации медицинской помощи сердечно-сосудистым больным.  Уровень квалификации врачей-кардиологов, участковых врачей, врачей общей практики, педиатров, неврологов в области кардиологии не отвечает современным требованиям.  Учитывая медико-социальную значимость проблемы сердечно-сосудистых заболеваний, Правительство Российской Федерации утвердило федеральную целевую программу "Профилактика и лечение артериальной гипертонии в Российской Федерации".  Программой предусматривается объединение усилий федеральных органов исполнительной власти, органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации, органов местного самоуправления и организаций для комплексного решения проблем по снижению заболеваемости, инвалидности и смертности населения от болезней сердечно-сосудистой системы.  Целью программы являются комплексное решение проблем профилактики, диагностики и лечения артериальной гипертонии и реабилитации больных с ее осложнениями, снижение уровня заболеваемости населения артериальной гипертонией, инвалидности и смертности от ее осложнений (инсульт, инфаркт миокарда). Важное место в реализации Программы отводится регионам. Необходимость принятия территориальных программ диктуется тем, что эффективность борьбы с артериальной гипертонией в большей мере определяется комплексом лечебно-профилактических мероприятий, проводимых в каждом конкретном регионе, муниципальном образовании, селе с учетом территориальных особенностей.  В 40 субъектах утверждены и начали реализовываться территориальные программы по профилактике и лечению артериальной гипертонии, а в 18 субъектах Российской Федерации программы представлены на утверждение в органы исполнительной и законодательной власти.  Необходимо значительно активизировать утверждение региональных программ в тех регионах, где показатели смертности от сердечно-сосудистых заболеваний особенно высоки и превышают среднероссийский показатель.  Члены дирекции Программы осуществляли командировки в 11 регионов Российской Федерации - Республика Саха (Якутия), Воронежская, Свердловская, Вологодская, Саратовская, Самарская, Архангельская, Рязанская, Ростовская, Томская области, г. Санкт- Петербург, с целью оказания организационно-методической помощи по разработке и реализации территориальных программ .  Особого внимания заслуживает опыт работы с регионами через федеральные округа. Так, под руководством главных кардиологов округов и членов дирекции Программы, проведены совещания в Северо-Западном и Сибирском округах.  На совещании в Сибирском округе прошло активное обсуждение мероприятий программы и путей их реализации, состоялся обмен опытом регионов. По итогам работы совещания было принято "Обращение" ко всем участникам реализации федеральной целевой программы "Профилактика и лечение артериальной гипертонии в Российской Федерации" Сибирского федерального округа.  За прошедший период организованы и проведены ряд конференций и симпозиумов федерального и регионального уровней по проблемам сердечно-сосудистых заболеваний, на которых широкому кругу врачей-терапевтов, врачей-кардиологов, врачей-неврологов и всей медицинской общественности освещались вопросы реализации Программы.  Важным мероприятием, направленным на решение вопросов организации борьбы с артериальной гипертонией, повышения качества медицинской помощи было Всероссийское совещание главных терапевтов и главных кардиологов субъектов Российской Федерации по вопросу "О ходе реализации федеральной целевой программы "Профилактика и лечение артериальной гипертонии в Российской Федерации в 2002 году".  На совещании были обозначены задачи для терапевтической и кардиологической служб, определена роль первичного звена здравоохранения, как наиболее важного в практической реализации программы. В ходе работы совещания определились пути повышения эффективности реализации Программы, как на федеральном, так и территориальном уровнях, наиболее важные из которых:  - ускорение утверждения территориальных программ в регионах, - повышение эффективности работы первичного звена здравоохранения по вопросам выявления больных артериальной гипертонией, особенно на ранних стадиях, когда профилактика наиболее эффективна и особое внимание должно быть уделено измерению артериального давления у подростков и лиц молодого возраста (20-35 лет), при этом должны быть использованы любые формы выявления лиц с повышенным артериальным давлением (обследование учащихся в образовательных учреждениях, организованных группах населения и т.д.), налаживание диспансерного наблюдения за больными с высоким риском сердечно-сосудистых осложнений с привлечением к этой работе фельдшеров и медсестер, повышение качества оказания медицинской помощи;  - внедрение в работу лечебно-профилактических учреждений новых форм работы с пациентами - школ для больных артериальной гипертонией, цель которых - ознакомление пациентов по вопросам сердечно-сосудистых заболеваний, повышение приверженности к лечению и обучение навыкам самопомощи и самоконтроля артериального давления;  - активное привлечение к реализации Программы Центров, отделений и кабинетов медицинской профилактики;  - улучшение подготовки медицинских работников всех уровней по вопросам профилактики сердечно-сосудистых заболеваний и кардиологии.  В 2002г. подготовлен проект приказа Минздрава России "О мерах по совершенствованию организации медицинской помощи больным с артериальной гипертонией в Российской Федерации". В приказе предусмотрена принципиально новая классификация артериальной гипертонии и современные рекомендации по диагностике и лечению, разработан порядок выявления и динамическое наблюдение за больными с артериальной гипертонией; положение о Школе здоровья для пациентов с артериальной гипертонией. Указанные мероприятия в приказе направлены на повышение качества медицинской помощи больным с артериальной гипертонией.  Специалистами ведущих научно-исследовательских центров и институтов Минздрава России и РАМН подготовлены следующие организационно-методические материалы:  - инструкция по системе динамического контроля эпидемиологической ситуации по артериальной гипертонии среди населения Российской Федерации, учетная и отчетная документация;  - усовершенствовано положение о центрах и кабинетах профилактики неинфекционных заболеваний и факторов риска;  - положение о школе для больных артериальной гипертонией, информационно-методическое пособие для врачей по школе здоровья для пациентов с артериальной гипертонией;  - пособие для врачей "О реабилитации больных, перенесших нарушение мозгового кровообращения вследствие артериальной гипертонии;  - пособие для врачей по диагностике и лечению артериальной гипертонии.  Одним из важнейших мероприятий Программы является создание постоянно действующей информационно-пропагандистской системы по первичной профилактике артериальной гипертонии.  Началось активное создание специальных теле- и радиопередач, телероликов на темы "Нормативы артериального давления", "Способы измерения артериального давления", "Рациональное питание для больных артериальной гипертонией", "Осложнения артериальной гипертонии" и др. В создаваемых теле- и радиопередачах предусматривается адресность для групп населения повышенного риска развития артериальной гипертонии (мужчин старше 30 лет, женщин старше 40-45 лет, мужчин и женщин после 60 лет). Также предусмотрено размещение информационных материалов в эфирном времени на каналах с учетом максимального охвата лиц, кому они адресованы.  Проведен цикл передач по проблемам артериальной гипертонии, включая вопросы сердечно-сосудистых заболеваний у детей и подростков, профилактику инсультов, с участием ведущих специалистов по кардиологии, педиатрии и неврологии на радио "Россия", "Маяк", каналах "ОРТ", " РТР" центрального телевидения.  Регулярно идут публикации о профилактике артериальной гипертонии в центральных газетах и журналах.  Для населения проводится информационно-просветительская работа по профилактике артериальной гипертонии практически во всех регионах, где приняты региональные программы. Особенно хотелось бы отметить регионы - Красноярский, Алтайский края, Челябинскую область, где проводятся теле-, радиопередачи, регулярный показ видеороликов на высоком профессиональном уровне.  Одним из важнейших программных мероприятий является организация и проведение массовых мероприятий по выявлению на ранних стадиях артериальной гипертонии у населения, включая детей и подростков. Эта работа необходима в связи с тем, что артериальная гипертония, особенно на ранних стадиях, малосимптомна и население обращается к врачам только на стадии развития осложнений (инфарктов миокарда и инсультов).  Данная работа проводится в более чем 30 субъектах Российской Федерации.  В ряде регионов возобновлена практика измерения артериального давления всем лицам, обратившимся в лечебно-профилактическое учреждение по любому поводу в текущем году и измерение артериального давления в организованных группах населения.  В ряде регионов (г. Москва, Республика Чувашия, Рязанская область) проводится целевая диспансеризация по сердечно-сосудистым заболеваниям.  В Воронежской области участковые врачи-терапевты повсеместно измеряют артериальное давление при активном посещении семей.  Положительной оценки заслуживает опыт работы по улучшению выявления больных с артериальной гипертонией в Нижегородской области, где на базе поликлиник организованы кабинеты-центры профилактики и лечения артериальной гипертонии.  Важнейшая работа проводится в Кировской области по улучшению выявления артериальной гипертонии у юношей допризывного и призывного возраста.  Нуждается в восстановлении преемственность взаимодействия между лечебно-профилактическим учреждением и "скорой помощи" по взятию на учет лиц, которым оказывалась медицинская помощь в большинстве случаев по поводу гипертонического криза. Эта работа в ряде регионов уже начала проводиться.  Положительной оценки заслуживает работа по проведению массовых мероприятий по привлечению населения к измерению артериального давления в так называемые "Дни здоровья". Данная работа проводится в ряде регионов (Московская, Тюменская области и др.), а в некоторых из них (г. Санкт-Петербург) стали традицией и проводятся на протяжении нескольких лет - "Дни здорового сердца".  Закуплены и направлены в субъекты Российской Федерации 20 "Систем холтеровского мониторирования АД и ЭКГ" на сумму 16 млн. 976 тыс. руб. и нагрузочного комплекса ЭКГ с компьютерами на сумму 3 млн. руб. В территориальных программах также предусмотрены средства на приобретение диагностической аппаратуры для амбулаторно-поликлинических учреждений, что даст возможность проведения диагностического обследования больных с артериальной гипертонией на амбулаторном этапе, что экономически более выгодно, чем проведение обследования в условиях стационара.  Для практикующих врачей с 2001г. Российским кардиологическим научно-производственным комплексом Минздрава России издается журнал "Атмосфера кардиология", Всероссийским научным обществом кардиологов и Государственным научным центром профилактической медицины "Кардиоваскулярная терапия и профилактика".  Началась работа по созданию унифицированных методов диагностики и лечения больных артериальной гипертонией (протоколов) на основе современных научных достижений.  Эффективность лечения больных с артериальной гипертонией остается на крайне неудовлетворительном уровне по ряду причин. Артериальное давление контролируется менее, чем у 30% больных с данной патологией. Одной из причин этого является низкая приверженность к лечению больных с артериальной гипертонией, под которой понимается точность и постоянство выполнения врачебных назначений. Улучшение состояния здоровья лиц, страдающих артериальной гипертонией, возможно только при активном и осознанном участии больного в процессе лечения.  Мировой опыт свидетельствует о том, что проблема низкой приверженности к лечению больных с артериальной гипертонией может быть решена с помощью образовательных программ через школы, клубы здоровья для больных с артериальной гипертонией. Целью образовательных программ является повышение мотивации к лечению.  Кроме того, пациентов с артериальной гипертонией можно обучить методам самопомощи, например, в случае гипертонического криза и самоконтролю артериального давления, используя при этом автоматические приборы для измерения артериального давления. При таком подходе, больной с артериальной гипертонией, становится активным партнером в союзе "врач-пациент".  Работа по организации и функционированию школ для пациентов с артериальной гипертонией набирает значительный темп. Так, в Алтайском крае в 2000г. функционировали 3 школы, в 2001г. - 16, а в 2002г. - 34 школы здоровья для больных с артериальной гипертонией. В настоящее время в стране функционирует более 300 школ здоровья для больных с артериальной гипертонией, эффективность которых даже за относительно короткий период времени (один год) демонстрируют регионы. Сокращается количество обострений артериальной гипертонии и связанных с этим количество дней нетрудоспособности; уменьшается количество госпитализаций по поводу гипертонических кризов у больных, прошедших обучение в школах здоровья.  В организации и функционировании школ здоровья остается ряд нерешенных проблем и основная - как привлечь молодых работающих людей. Есть регионы, которые успешно решают эти проблемы. Например, в г. Воскресенске Московской области силами врачей организованы школы здоровья на промышленных предприятиях.  Остается сложным вопрос финансирования деятельности школ. В ряде регионов источники финансирования школ следующие: средства территориальных фондов обязательного медицинского страхования; средства добровольного медицинского страхования; средства, полученные за оказание платных медицинских услуг и средства внебюджетных источников.  Достижением начального этапа реализации Программы можно считать факт включения работы школ здоровья в отраслевой классификатор "Сложные и комплексные медицинские услуги", что позволит решать вопросы финансирования через территориальные фонды обязательного медицинского страхования.  Важнейшее мероприятие Программы - организация реабилитационной помощи больным, перенесшим инсульт вследствие артериальной гипертонии.  В 20 регионах на базе действующих санаториев и диспансеров предусмотрена организация 34 неврологических реабилитационных отделений для больных с нарушением мозгового кровообращения, часть из которых уже функционируют.  Несмотря на определенные успехи в разработке научных основ борьбы с артериальной гипертонией остается много нерешенных вопросов. Необходим дальнейший поиск механизмов возникновения осложнений артериальной гипертонии и создание на этой основе рациональных методов профилактики и лечения.  **Злокачественные новообразования** остаются одной из острейшей медико-социальной проблемой.  Онкологическая заболеваемость в России неуклонно растет. Контингент больных со злокачественными новообразованиями, составляет более 2 млн. человек, т.е. 1,4 % населения страны. Из них сельские жители составили 22,0%.  Ведущими локализациями в структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями населения России являются трахея, бронхи, легкое (13,8%), кожа (12,4%), желудок (10,4%), молочная железа (10,0%).  В структуре смертности населения России злокачественные новообразования занимают третье место и составляют 13%.  Среди умерших в трудоспособном возрасте (15-59 лет) доля умерших от злокачественных новообразований достигла 14,1%, а среди женщин репродуктивного возраста (20-44 года) -15,6%.  На учете 5 лет и более состоит 49,5% от числа всех больных со злокачественными новообразованиями, находившихся под наблюдением онкологических учреждений.  Практика показала, что решить многие региональные проблемы можно при заинтересованном отношении руководителей органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации, активности главных онкологов и разработки территориальных программ по развитию онкологической помощи населению. В настоящее время территориальные программы разработаны и утверждены в более чем 45 субъектах Российской Федерации, а в остальных находятся в стадии разработки и рассмотрения органами законодательной и исполнительной власти.  В рамках мероприятий подпрограммы "О мерах по развитию онкологической помощи населению Российской Федерации" федеральной целевой программы "Предупреждение и борьба с заболеваниями социального характера (2002-2006 годы)", осуществляемых за счет капитальных вложений, финансируемых из федерального бюджета, ведется реконструкция и строительство зданий и помещений 15 онкологических диспансеров, 5 научно-исследовательских онкологических и рентгенорадиологических институтов. В 2002г. на эти цели выделено на сумму 100,8 млн. руб.  В 2002г. в учреждения здравоохранения онкологического профиля было направлено 10 линейных медицинских ускорителя СЛ75-5-МТ.  С начала 90-х годов в России стали активно заниматься проблемой оказания паллиативной помощи, так называемым инкурабельным больным злокачественными новообразованиями, а их в настоящее время насчитывается более 300 тыс. человек. Первые такие специализированные подразделения были организованы в г. Санкт-Петербурге и в г. Москве. В настоящее время в 42 территориях функционирует более 130 хосписов, отделений паллиативной помощи и кабинетов противоболевой терапии. В 2002г. специализированными онкологическими учреждениями Минздрава России и РАМН осуществлена подготовка врачей на 10 сертификационных циклах, обучение прошли 367 врачей.  Проведено 8 школ по различным проблемам онкологии. Кроме того, врачи получили подготовку на 13 семинарах. Было проведено 20 научно-практических конференций Всероссийского и межрегионального уровня, 3 конгресса и 1 симпозиум с международным участием.  По результатам накопленного опыта в 8 НИИ онкологического профиля Минздрава России и РАМН были подготовлены, утверждены и изданы методические указания "Алгоритмы объемов диагностики и лечения злокачественных новообразований". Данные указания составляют основу для формирования нового подхода к оценке качества работы онкологического учреждения. Алгоритмы сформированы с учетом локализаций опухолей в соответствии с МКБ 10 и стадии опухолевого процесса. Они включают полный объем диагностических и лечебных мероприятий, а также данные о средней продолжительности лечения. Эти сведения позволяют контролировать качество лечения с учетом всех технологических звеньев, соответствующих современному уровню развития онкологии.  Применение алгоритмов объемов диагностики и лечения злокачественных новообразований целесообразно при планировании обследования и лечения больных с учетом морфологической характеристики и стадийности опухолевого процесса; 'при контроле адекватности объемов и последовательности выполнения медицинских мероприятий.  Эффективное воздействие алгоритмов обследования и лечения на оказание медицинской помощи возможно лишь при полном соблюдении технологии применяемых методик. Они предназначены врачам - онкологам, руководителям подразделений онкологических и лечебно-профилактических учреждений общего профиля.  Ведется работа по широкому внедрению программы популяционного ракового регистра в 57 территориях Российской Федерации, в 12 из них регистры функционируют по единой программе.  С целью скорейшего внедрения новых современных технологий в практическое здравоохранение три года назад на базе Российского научного центра рентгенорадиологии Минздрава России создан и функционирует Маммологический центр, осуществляющий координационную, педагогическую, консультативную и организационно-методическую работу по развитию маммологической службы в России.  К настоящему времени в России уже организовано более 1200 маммологических кабинетов, подготовлены квалифицированные кадры. Только за последний год появилось еще 135 маммологических кабинетов. Ведется серьезная работа по организации филиалов Маммологических центров.  Внедрена принципиально новая методика аспирационной вакуумной биопсии непальпируемых образований, которая позволяет одновременно осуществлять не только высоточную дооперационную диагностику, определять тканевые прогностические факторы, но и удалять доброкачественные новообразования до 1,5 см, являясь альтернативой секторальной резекции.  Внедрение интервенционной радиологии в маммологии требует пересмотра структуры службы, создания новых типов кабинетов, рентгенооперационных блоков. С этой целью разработаны и утверждены Минздравом России ОСТы по организации и техническому оснащению трех типов маммографических кабинетов, в том числе - рентгенооперационных.  С учетом множества новых технологий разработан отраслевой классификатор медицинских услуг по разделу "женские половые органы".  Проведенный анализ внедрения новых технологий показал, что за 2002г. увеличилось число маммографических исследований на 11%, а ультразвуковых - на 50%.  Среди всех неинфекционных заболеваний отмечается высокий рост распространенности сахарного диабета. В стране зарегистрировано по данным обращаемости более 2 млн. больных сахарным диабетом, из них 25 тыс. детей и подростков.  Однако выборочные эпидемиологические исследования в Москве, Новосибирске, Тюменской области, Республике Бурятии и других регионах России показывают, что фактическая распространенность сахарного диабета 2-го типа в 3-4 раза превышает регистрируемую и реальное число больных сахарным диабетом в России составляет не менее 8 млн. человек.  В 2002г. продолжилась активная работа по организации и развитию диабетологической службы. В настоящее время в составе службы функционируют: 109 диабетологических региональных и городских центров, 108 отделений и кабинетов "Диабетическая стопа", 102 кабинета ретинопатии, 42 центра "Диабет и беременность", и 750 школ для обучения больных, как детей, так и взрослых, в том числе и родителей больных детей.  За 6 лет реализации федеральной целевой Программы "Сахарный диабет" (в настоящее время Подпрограммы) в стационаре Диабетологического центра Минздрава России, который является референс - стационаром для тяжелых больных с различными сосудистыми осложнениями, пролечено более 18 тыс. больных, в консультативно-диагностическом отделении центра получили специализированную помощь 76480 больных из всех регионов России.  Внедряются в практическое здравоохранение новые медицинские технологии по диагностике, лечению и профилактике поздних осложнений сахарного диабета, разработанные ведущими специалистами Эндокринологического научного центра РАМН. Данные методы - это реальный путь достижения основной цели Подпрограммы "Сахарный диабет" - повышение качества медицинской помощи, снижение инвалидизации и смертности больных сахарным диабетом.  В 2002г. в 12 субъектах Российской Федерации дополнительно организованы региональные регистры больных сахарным диабетом и в настоящее время функционируют 74 региональных регистра. В текущем году представители 77 регионов прошли подготовку и получили новое программное обеспечение регистра.  Продолжилась подготовка специалистов по диабетологии. В течение 2002г. на кафедре диабетологии факультета последипломного профессионального образования ММА им. И.М. Сеченова прошли обучение 199 врачей различных специальностей. В Эндокринологическом научном центре РАМН проводились декадники, проведено обучение 61 руководителей кафедр и курсов эндокринологии, 87 главных специалистов по диабетологии и эндокринологии из различных регионов России.  Проводятся научные исследования по профилактике диабета и выявлению его частоты в различных популяциях. Установлены маркеры сахарного диабета 1 типа и поздних осложнений диабета (нефропатия, ретинопатия, ИБС). Изучаются молекулярные основы инсулинорезистентности, гипертензии и других осложнений сахарного диабета.  Большое внимание уделялось вопросам обеспечения больных сахарным диабетом лекарственными препаратами. В текущем году были закуплены и направлены в субъекты Российской Федерации генно-инженерные инсулины на сумму 404,3 млн. руб. и таблетированные сахароснижающие препараты на сумму 137,1 млн. руб. Проводилась закупка наборов для определения гликозилированного гемоглобина.  Эпидемиологическая ситуация по заболеваниям, передаваемыми половым путем (ЗППП), на протяжении последних лет остается крайне напряженной.  В Российской Федерации было зарегистрировано 1 млн. 47 тыс. больных, в том числе сифилисом 207157 ( детей -1885). Несмотря на некоторое снижение статистических показателей заболеваемости сифилисом, наблюдавшееся с 1998г., она остается крайне высокой (143,6 на 100 тыс.населения), превышая показатель 1989г. более чем в 33 раза.  В период последней вспышки заболеваемости сифилисом наиболее остро обозначились следующие проблемы, решение которых определены приоритетными:  1. Высокая заболеваемость ЗППП среди детей и подростков. Зарегистрировано свыше 52 тыс. больных в возрасте до 17 лет. Обращает внимание резко возрастающее число заболевших сифилисом девочек в возрасте до 14 лет, по сравнению с 1990г. показатель заболеваемости среди них увеличился в 85 раз. Нельзя отрицать возможность активизации молодых девочек в связи с их занятием в сфере "сексуальных услуг". Проведенный в 37 субъектах Российской Федерации анализ путей заражения сифилисом среди детей показал, что более чем в 60% случаев дети заразились половым путем.  2. Высокий уровень заболеваемости врожденным сифилисом. В 2001г. зарегистрировано 579 случаев врожденного сифилиса.  3. На фоне крайне напряженной эпидситуацией со СПИДом отмечается ежегодный рост числа выявленных ВИЧ-инфицированных среди больных с ЗППП.  Проводимая работа Минздравом России и органами управления здравоохранением субъектов Российской Федерации была направлена прежде всего на первичную профилактику ЗППП.  В целях предупреждения распространения инфекций, передаваемых половым путем в структуре кожно-венерологических диспансеров организованы отделы первичной профилактики, которые проводят работу по пропаганде и поощрению более безопасного сексуального поведения, координируя свою работу с общественными организациями.  Положительный опыт такой работы с населением, особенно с подростками, отмечен в Мурманской, Самарской, Новосибирской, Свердловской областях.  Для внедрения элементов конфиденциальности в работе врачей кожно-венерологических учреждений проведены семинары по тактике ведения больных с заболеваниями, передаваемыми половым путем, с молодыми специалистами дермато-венерологами Южного, Центрального и Северо-Западного федеральных округов.  Проводились циклы обучения руководителей дерматовенерологических учреждений по внедрению в практику интегрированного подхода к контролю и профилактике заболеваний, передаваемых половым путем, в рамках Российско-британской программы "Развитие клинических и эпидемиологических систем контроля за распространением заболеваний, передаваемых половым путем".  Разработаны методические материалы по тактике взаимодействия акушеров-гинекологов, дермато-венерологов, неонатологов и педиатров по профилактике и диагностике врожденного сифилиса.  Проводимая работа способствовала наметившемуся снижению заболеваемости ЗППП, в том числе сифилисом. С 2001г. показатель заболеваемости сифилисом по сравнению с 2000г. снизился на 13,1%, за 10 месяцев 2002г., по сравнению с тем же периодом предыдущего года, на 16%. Снижается и заболеваемость детей врожденным сифилисом, в 2001г. было зарегистрировано 579 случаев, что на 131 случаев меньше, чем в 2000г.  Учитывая сложную ситуацию с ростом наркомании в стране, важной задачей системы здравоохранения России в 2002 г. явилось совершенствование наркологической службы. Был взят курс на создание в каждом регионе полноценной территориальной системы наркологической помощи, включающей в себя все специализированные звенья.  На начало 2002г. под наблюдением в наркологических диспансерах и кабинетах находилось более 3-х миллионов лиц, злоупотребляющих алкоголем, наркотическими и ненаркотическими психоактивными веществами (ПВА), в том числе более 2,5 миллионов больных алкоголизмом, наркоманиями, токсикоманиями.  На учете состояло около 2,2 миллиона больных алкоголизмом и алкогольными психозами, что составляло 1529,5 на каждые 100 тыс. населения. По сравнению с предыдущим годом это число незначительно выросло. Таким образом, количество россиян, имеющих алкогольные проблемы составляет 1,8% от всего населения страны.  В последние годы отмечается выраженный рост числа больных, перенесших алкогольные психозы: за 2 года оно увеличилось на 38% и оказалось в 2001г. самым высоким за последние 18 лет. А ведь именно алкогольные психозы являются индикатором распространенности алкоголизма и тяжести течения этой болезни.  Показатель распространенности алкоголизма среди подростков составляет 21,9 на 100 тыс. подростков и является самым высоким за последние 10 лет. Одновременно чрезвычайно высока численность подростков, злоупотребляющих алкоголем без признаков сформировавшегося алкоголизма (профилактическое наблюдение) - 827,1 на 100 тыс. подростков, что выше ее уровня в населении в целом в 3 раза.  Растет число злоупотребляющих алкоголем женщин. Число больных алкоголизмом женщин составляет 352 тыс., т.е. 461,2 на 100 тыс. женщин, оно выросло за последние 2 года почти на 6%. Распространенность алкогольных психозов среди женщин достигла показателя 29,7 на 100 тыс., что выше уровня 1999г. на 38%; это самый высокий уровень за последние 10 лет. Число женщин, злоупотребляющих алкоголем, за 2 года увеличилось более чем на 7%, достигнув уровня 63,4 на 100 тыс.  Число лиц, употреблявших наркотики и находящихся под наблюдением составляет 448,1 тыс. человек, или 310,7 в расчете на 100 тыс. населения (0,3% численности жителей России), из них больных наркоманией - 219,9 тыс.  Среди подростков уровень распространенности наркомании за последние 10 лет увеличился в 14,8 раза. Пик численности находящихся под медицинским наблюдением потребителей наркотиков пришелся на 2000г. -123,9 на 100 тыс. подростков. В 2001г. этот показатель снизился на 18,7% и составил 100,7 на 100 тыс.  Среди женщин уровень распространенности наркомании продолжал возрастать: за 10 лет - в 14,4 раза, за 2000 г. - на 34,2%, за 2001 г. - на 19,9%.  Наркологическую помощь оказывает сеть лечебно-профилактических амбулаторных и стационарных учреждений. В стране действуют 162 наркологических стационара более чем на 16 тыс. коек, в том числе 10 крупных наркологических больниц. Работают 203 наркологических диспансера, 2 060 наркологических кабинетов в районных (сельских), ведомственных и других больницах и поликлиниках (2001 г. - 2 000 кабинетов). Растет число подростковых кабинетов: в 1995г. их было 176, в 2000г. - 256, в 2001г. - 288. В структуру службы входят хозрасчетные кабинеты (их число колеблется от 30 до 70), кабинеты анонимного лечения - около 180, профилактической помощи - около 90.  Численность врачей-наркологов продолжает расти - от 4, 3 тыс. в 1992г. до 5,3 тыс. в 2000г. и до 5,5 тыс. в 2001г. Возрастает число работающих в наркологической службе специалистов различного профиля - психологов, психотерапевтов, социальных работников и др.  Всего за 2001г. в наркологических стационарах получили помощь более 680 тыс. пациентов, из них - около 390 тыс. больных алкоголизмом, 160 тыс. - с алкогольными психозами, 92 тыс. больных наркоманией и 2,5 тыс. больных токсикоманией. При этом количество пролеченных за год больных наркоманией впервые за последние годы уменьшилось, в 2000г. их было 119,0 тыс. Около 22,6% наркологических больных поступало в течение года повторно.  Особое внимание уделяется созданию реабилитационного звена системы наркологической помощи. В структуре вновь созданного Национального научного центра наркологии Минздрава России начал работу реабилитационный наркологический центр. В 36 регионах развернуто около 1100 реабилитационных коек, рассчитанных на 1,5-3-х месячное пребывание больных. Всего в стране действует свыше 100 реабилитационных учреждений, из них половина - негосударственные структуры.  Ближайшими задачами наркологической службы, решение которых позволит повысить качество специализированной помощи населению, в амбулаторно-поликлиническом звене службы являются реализация программного (программно-целевого) принципа организации работы - с внедрением широкого спектра специальных групповых и индивидуальных программ, дифференцированных в отношении различных контингентов и в плане ориентации на различные конечные лечебные и реабилитационные цели; в стационарном звене - структурно-функциональная дифференциация с различной терапевтической специализацией отдельных стационарных подразделений: детоксикация, неотложная помощь; купирование выраженных психопатологических и поведенческих расстройств - как в рамках патологического влечения, так и вне их; соматическая санация; поэтапная лечебно-реабилитационная работа; работа с особыми контингентами -больные, пораженные ВИЧ, гепатитами, другими инфекционными заболеваниями, а также дети и подростки - и т.п.; развитие сети реабилитационных структур.  По поводу психических расстройств 1905,4 тыс. человек находятся под диспансерным наблюдением, 1693,2 тыс. человек получают у психиатра консультативно-лечебную помощь.  Общий ежегодный прирост контингента лиц с психическими расстройствами составляет 2,5%. В структуре психических расстройств преобладают непсихотические психические расстройства (48,1%), психозы и слабоумие (27,3%), умственная отсталость (24,6%).  Рост числа инвалидов и числа общественно опасных действий по причине психических расстройств во многом обусловлен серьезными препятствиями для трудового устройства лиц с психическими расстройствами.  Использование современных методов психосоциальной реабилитации лиц, страдающих психическими расстройствами, в значительной мере затруднено неудовлетворительным состоянием материально-технической базы учреждений, оказывающих психиатрическую помощь. Это в первую очередь связано с чрезмерной централизацией стационарной психиатрической помощи, вследствие которой установленный норматив палатной площади (7-7,5 кв. м) в психиатрических стационарах в среднем выполняется лишь на 30-50%.  В лечебно-трудовых мастерских (ЛТМ) имеется всего 19416 мест для стационарных и амбулаторных пациентов, что в 2,3 раза меньше чем 10 лет назад.  При этом медленно (не более чем на 2% в год) увеличивается число мест в дневных стационарах. В целом оно составляет 14052.  Крайне недостаточно мест в общежитиях для пациентов, утративших социальные связи.  В трети субъектов Российской Федерации нормативы по занятым должностям врачей-психиатров выполняются лишь на 50-60%, среднего и младшего медицинского персонала - на 70-80%. В целом по стране заняты лишь 20-30% штатных должностей медицинских психологов и лишь 5-10% штатных должностей специалистов по социальной работе и социальных работников. Не укомплектованы должности врачей-психотерапевтов в общепсихиатрических стационарных отделениях.  Приказом Минздрава России от 27.03.2002 № 98 утверждена Отраслевая программа реорганизации психиатрической помощи в стране на 2003-2008 годы, цель которой разработка стратегии организации и развития психиатрической помощи в субъектах Российской Федерации. Выполнение этой программы будет способствовать обеспечению качества лечения и реабилитации лиц, страдающих психическими расстройствами, и улучшению условий труда медицинского и другого персонала учреждений.  Травмы, отравления, заболевания костно-мышечной системы. Обращаемость населения по поводу травм и заболеваний костно-мышечной системы в лечебно-профилактические учреждения растет.  Более значительным является рост травматизма среди детей и подростков, а рост показателей заболеваемости костно-мышечной системы наблюдается во всех возрастных группах.  Высокий уровень травм, отравлений и некоторых других последствий воздействия внешних причин среди различных групп населения и тенденция к росту их показателей является результатом серьезного ослабления внимания федеральных и региональных структур государства к решению проблем предупреждения различного ряда несчастных случаев, необходимо создание безопасных условий труда и быта, реализации программ здорового образа жизни, повышение качества медицинской помощи населению.  В дальнейшем совершенствовании нуждается система оказания экстренной и плановой медицинской помощи в частности травматолого-ортопедической большому числу больных. 8,3% взрослых страдают заболеваниями костно-мышечной системы.  Почти у 40% больных с выявленными заболеваниями костно-мышечной системы имеют место серьезные нарушения функции опорно-двигательной системы, лечение и реабилитация которых должна осуществляться специалистами ортопедического профиля.  Среди взрослых в наблюдении и лечении у травматологов-ортопедов нуждается 17,3 больных на 1000 населения.  В стационарах всех лечебно-профилактических учреждений Минздрава России обеспечено лечение более 4,2 млн. больных и пострадавших с травмами, отравлениями и заболеваниями костно-мышечной системы. Среди них травм, отравлений и других несчастных случаев 2,7 млн., заболеваний костно-мышечной системы 1,5 млн.  В лечении пострадавших от травм и заболеваний костно-мышечной системы все более активно применяются различные методы оперативных вмешательств. По поводу повреждений и заболеваний опорно-двигательной системы в течение года выполнено более 1288,6 тыс. оперативных вмешательств, в том числе 760,1 тыс. в стационарных условиях, 566,1 тыс. из них на костях и суставах, 528,5 тыс. оперативных вмешательств, выполненных в условиях поликлиник. Послеоперационная летальность в стационарных условиях не превысила 1,2% при оперативной активности 17,5%.  К настоящему времени в системе Минздрава России четко сформировалась и функционирует специализированная травматолого-ортопедическая служба. Она располагает определенными возможностями для квалифицированного и специализированного лечения больных и пострадавших травматолого-ортопедического профиля.  В амбулаторно-поликлинических учреждениях системы Минздрава России работает 2537 травматологических и ортопедических кабинетов, в стационарных учреждениях развернуто 65,9 тыс. специализированных коек.  Работу всей сети травматолого-ортопедической службы обеспечивает 9389 врача травматолога-ортопеда, из них 6537 занято в амбулаторно-поликлинических учреждениях, а 2285 в ЦРБ сельских административных районов.  На специализированных травматолого-ортопедических койках прошли лечение 1 277 471 больной с повреждениями и заболеваниями опорно-двигательной системы, что составило 30,7% от общего числа больных с травмами, отравлениями и другими последствиями воздействия внешних причин, заболеваниями костно-мышечной системы, из них умерло на специализированных койках 13 585 больных и пострадавших, что составило 20,4% от общего числа умерших в результате травм и заболеваний во всех лечебно-профилактических учреждениях.  Обеспеченность населения травматолого-ортопедическими койками на 1000 населения составляет 0,36 травматическими и 0,07 - ортопедическими.  Вместе с этим отмечается некоторая тенденция к повышению интенсивности работы коек, но сохранения средних сроков лечения больных и пострадавших.  Увеличение средних сроков стационарного лечения на специализированных койках сопровождается снижением показателей летальности в 2-3 раза.  Материально-техническая база многих специализированных травматолого-ортопедических отделений не соответствует современным требованиям и нуждается в серьезной модернизации для достижения более эффективных результатов лечения больных травматолого-ортопедического профиля. Решения этого вопроса требует возрастающее число травм и заболеваний опорно-двигательной системы, рост показателей временной и стойкой утраты трудоспособности, смертности.  В структуре общей смертности населения удельный вес травм, отравлений и некоторых других последствий воздействия внешних причин достигает 14,1%.  В 2002г. общее число умерших от этих причин достигло 329,5 тыс. человек.  Решить эту важнейшую и многогранную медико-социальную проблему по снижению уровня травматизма и ортопедической заболеваемости возможно лишь путем разработки и реализации широкомасштабной программы, предусматривающей научно-обоснованные мероприятия по их предупреждению, совершенствованию системы оказания экстренной и плановой медицинской помощи больным и пострадавшим.  В последние годы все более пристальное внимание уделяется острым отравлениям химической этиологии как одной из ведущих причин смерти трудоспособного населения. В течение 1999-2001гг. число смертельных случаев от острых отравлений возросло на 24,3%. Отмечается значительный рост смертельных случаев в республиках Алтай, Карачаево-Черкессия, Удмуртия, Коми, Башкортостан, Бурятия, Карелия, Дагестан, Адыгея, областях Магаданской, Читинской, Амурской, Оренбургской, Костромской, Вологодской, Курганской, Тюменской, Новгородской, Тверской, Ульяновской и Ярославской.  В 2002г. от отравлений погибло 58899 человек.  В структуре смертности наиболее частыми причинами летальных исходов являлись острые отравления алкоголем и суррогатами, лекарственными препаратами и окисью углерода. Основное число умерших (80-90%) было зарегистрировано на догоспитальном этапе, причем уровень смертности при острых отравлениях наркотиками, по сравнению с 2000 г. снизился на 36%.  Несмотря на заметное снижение в последние годы числа острых отравлений высокотоксичными химическими веществами (прижигающими ядами, фосфорорганическими пестицидами, дихлорэтаном), количество тяжелых интоксикаций остается высоким. Причинами тяжелых острых отравлений являются некоторые лекарственные средства, прежде всего, амитриптилин, лепонекс, антиаритмические препараты, а также комбинированный прием медикаментов психотропного или антиаритмического действия. Серьезные трудности в диагностике и лечении встречаются при острых отравлениях алкоголем и суррогатами, особенно у хронических алкоголиков с тяжелыми метаболическими нарушениями.  Перед органами управления здравоохранением встает задача - повышение доступности токсикологической помощи населению, поскольку в настоящее время на специализированные койки госпитализируются менее 40% пролеченных в стационарах пострадавших от острых химических отравлений. Следует подчеркнуть, что наибольшее число смертельных исходов при острых отравлениях наблюдается в трудоспособном возрасте в результате предотвратимых причин. Уровень госпитализации в различных субъектах Российской Федерации также зависит от региональных социально-экономических и экологических особенностей токсической ситуации, а также степени развития инфраструктуры здравоохранения.  Значение проблемы возрастает в связи с увеличением риска возникновения массовых отравлений в результате техногенных химических аварий и террористических актов с применением высокотоксичных веществ.  Именно поэтому в Приказе Минздрава России от 08.01. 2002 № 9 "О мерах по совершенствованию организации токсикологической помощи населению Российской Федерации", наряду с совершенствованием лечебно-диагностической базы центров острых отравлений, особое внимание уделено вопросам создания Федерального токсикологического мониторинга. Эта работа является важным компонентом деятельности организуемой впервые в истории отечественного здравоохранения информационно-консультативной службы по острым химическим отравлениям - нового вида токсикологической помощи населению.  Однако не во всех субъектах Российской Федерации органами управления здравоохранением уделяется должное внимание изучению и анализу токсикологической ситуации, созданию специализированных отделений для больных с острыми отравлениями. Несмотря на рекомендации Минздрава России об изучении состояния дел на местах и рассмотрения результатов на заседаниях коллегий, многие органы управления здравоохранением ограничились формальными отписками, а некоторые из них даже не предоставили информацию. Не разработаны стандарты по оказанию специализированной медицинской помощи при различных нозологических формах острых отравлений. По-прежнему существует практика лечения больных с острыми отравлениями в стационарах общего профиля без консультации врача токсиколога.  **Санитарно-эпидемиологическое благополучие населения**  В целях обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения продолжилась работа по развитию нормативной и правовой базы в этой области. В развитие ранее принятых федеральных законов в 2002г. принято 4 постановления Правительства Российской Федерации. Минздравом России издано 50 организационно-распорядительных документов, внедрен национальный календарь профилактических прививок и календарь профилактических прививок по эпидемическим показаниям. Главным государственным санитарным врачом издано 38 постановлений, направленных на предупреждение возникновения заболеваний среди населения, утверждено 95 федеральных санитарных правил и нормативно-методических документов, в том числе 18 санитарно-эпидемиологических правил и норм, 6 документов по гигиеническим нормативам для более чем 100 вредных веществ в объектах окружающей среды.  Проводимые мероприятия позволили добиться снижения или стабилизации уровней заболеваемости по ряду инфекционных болезней: снижение заболеваемости острыми вирусными гепатитами на 43,4%, в том числе вирусному гепатиту А на 40,3%, вирусному гепатиту В на 43,9%, вирусному гепатиту С на 58,0%. В группе детских капельных инфекций коклюш снизился на 57,8%, корь на 71,8%, краснуха на 39,3%, эпидемический паротит на 44,3%, дифтерия на 13,8%. Заболеваемость дизентерией стала ниже на 28,0%, сальмонеллезами на 6,6%, острыми кишечными инфекциями, вызванными неустановленными возбудителями на 1,4%.  Существенные успехи достигнуты в борьбе с корью. В 2002г. имел место самый низкий уровень заболеваемости за все время регистрации этой инфекции - 0,4 на 100 тыс. населения. Такой низкий уровень заболеваемости при неуклонном повышении охвата детей иммунизацией и наличии необходимого количества высокоэффективной вакцины позволил разработать и утвердить программу ликвидации кори в Российской Федерации к 2010г. и включиться в программу Европейского Регионального Бюро ВОЗ, по ликвидации этой инфекции на континенте. Для реализации программы на базе Московского НИИ эпидемиологии и микробиологии им. Габричевского создан национальный научно-методический центр по надзору за корью и сеть региональных лабораторий, разрабатывается пакет нормативно-методических документов.  Осуществление в 2001-2002гг. вакцинации детей против вирусного гепатита В явилось одной из основной причин снижения заболеваемости этой инфекцией на 44%. Однако, потребность в вакцине была удовлетворена за счет средств федерального бюджета лишь на 50%.  В Астраханской, Мурманской, Нижегородской, Оренбургской, Свердловской, Новосибирской областях, Республике Башкортостан, г.Санкт-Петербурге, где вакцина дополнительно закупалась как за счет местных бюджетов так и за счет средств, выделяемых фондом Вишневской-Растроповича, уровень заболеваемости вирусным гепатитом В снизился на 40-62%.  В 2000г. было выявлено 349976 заболевших, в 2001г. - 380 557, за 11 мес. 2002г. - 230 168 человек.  Наиболее неблагоприятная эпидситуация по вирусному гепатиту В сложилась в 2002г. в Республике Тыва (65,1 на 100 тыс. населения), Камчатской области (55,1), Агинском Бурятском А.О. (41,4), Республике Бурятия (29,1), Ханты-Мансийском А.О. (28,2), Приморском крае (28,9), Новгородской (33,3), Ивановской (28,9), Новосибирской (28,8), Кемеровской (27,5), Читинской (24,5) областях.  Высокий уровень заболеваемости вирусным гепатитом С, в 3-5 раза превышающий средне федеральные значения, отмечается в Ханты-Мансийском А.О., Камчатской, Ленинградской, Тюменской областях, Приморском крае, г. Санкт-Петербурге.  Поддержание высокого уровня заболеваемости парентеральными вирусными гепатитами в этих субъектах Российской Федерации связан с заражением при внутривенном введении наркотических препаратов и активизацией полового пути передачи, особенно в возрастной группе 15-29 лет.  Несмотря на то, что в 2002г. уменьшилось число регистрируемой вспышечной заболеваемости ситуация продолжала оставаться напряженной.  Так, в прошедшем году было зарегистрировано 60 вспышек острых кишечных инфекционных заболеваний с числом пострадавших около 5814 человек (за аналогичный период 2001г. - 71 вспышка с числом пострадавших 5256 человек). Число водных вспышек уменьшилось вдвое, было зарегистрировано 14 вспышек водного характера с числом заболевших 1562 человека (в 2001г. - 27 с числом пострадавших 2258 человек). По сравнению с прошедшим годом они характеризовались выраженной массивностью. Наиболее крупные из них были зарегистрированы среди населения в Республике Калмыкия (503 человека, энтеровирусная инфекция); в Московской ( 425 человек, ОКИ полиэтиологичной природы); Свердловской областях (113 человек, ротавирусная инфекция и дизентерия).  За истекший год увеличилось число вспышек пищевого характера. Всего было зарегистрировано 32 вспышки с числом заболевших 3,4 тыс. человек (в 2001г. - 24 вспышки с числом пострадавших 2078 человек). Наиболее крупные вспышки дизентерии имели место в Пермской области (131 сл.), Приморском (105 сл.) и Краснодарском краях (1939 сл.) и были связаны с инфицированной продукцией предприятий молокоперерабатывающей промышленности.  Остальные вспышки пищевого характера по-прежнему регистрировались, как правило, в детских образовательных и летних оздоровительных учреждениях, где число заболевших не превышало 100 человек.  В 2002г. с целью реализации функций, возложенных на Госсанэпиднадзор России действующим законодательством Российской Федерации, Центрами госсанэпиднадзора в субъектах Российской Федерации проводился госсанэпиднадзор за производством и оборотом пищевых продуктов и продовольственного сырья, в том числе поступающего по импорту. Результаты мониторинга показывают, что проблема безопасности пищевых продуктов, связанная с нарушениями действующего санитарного законодательства в данной области характерна для всех федеральных округов Российской Федерации, что говорит о необходимости ее безотлагательного решения.  За 2002г. учреждениями госсанэпидслужбы забраковано 78137 партий пищевых продуктов и продовольственного сырья объемом 7379861,9 тонн.  В структуре забракованных пищевых продуктов за 9 месяцев 2002г. основное место занимают: молоко и молочные продукты - 11831 партия; кондитерские изделия - 11783 партии; мясо и мясные продукты - 10392 парии; пиво и безалкогольные напитки - 5105 партий; консервы - 3717 партий. Указанная тенденция сохранялась в целом в течение всего года.  В последние годы в стране возросли производство и оборот биологически активных добавок к пище (БАД), способствующих ликвидации дефицита макро- и микронутриентов, улучшению функционального состояния органов и систем организма, снижению возникновения ряда заболеваний.  В результате осуществления надзора за производством и оборотом БАД на 17393 объектах в 68 субъектах Российской Федерации было выявлено 2741 нарушение санитарного законодательства. Наибольшее количество нарушений связано с несоответствием информации, выносимой на этикетку, информации в Регистрационном удостоверении (56%) или отсутствие сопроводительной документации при реализации БАД (37%).  Основными нарушениями санитарного законодательства по-прежнему являются: отсутствие производственного контроля на предприятиях-изготовителях пищевых продуктов, нарушение условий хранения и реализации пищевых продуктов, реализация пищевых продуктов с истекшими сроками годности, отсутствие сопроводительной документации, подтверждающей качество и безопасность продовольственного сырья и пищевых продуктов, нарушение сроков проведения периодических медицинских осмотров или отсутствие личных медицинских книжек, нарушение правил личной гигиены персоналом. Несмотря на некоторое снижение заболеваемости в 2002г. продолжает вызывать тревогу активизация природно-очаговых и зоонозных инфекций.  Так число лиц, пострадавших от укусов животных ежегодно составляет от 400 до 450 тыс. За 11 месяцев 2002г. зарегистрированы 18 случаев бешенства у людей (в 2002г. - 22). В целях улучшения профилактических мероприятий при бешенстве завершается организация производства отечественного антирабического иммуноглобулина на базе Российского НИПЧИ "Микроб", до настоящего времени препарат приобретается за рубежом.  Продолжает оставаться неблагополучной эпидемиологическая ситуация по заболеваемости геморрагической лихорадкой с почечным синдромом (ГЛПС), за 11 месяцев 2002г. зарегистрированы 4094 случаев этой инфекции против 7254 за тот же период 2001г. До 80% всех случаев приходится на эндемичные территории Приволжского федерального округа, прежде всего республики Башкортостан, Татарстан, Удмуртия. Рост заболеваемости в 2002г. имел место в Пензенской и Саратовской областях.  В декабре 2001г. - феврале 2002г. вспышки этой инфекции зарегистрированы в Воронежской, Липецкой и Орловской областях с числом пострадавших 139 человек, из которых трое погибли, что свидетельствует о распространении ареала очагов этой инфекции.  В 2002г. в субъектах Южного федерального округа вновь отмечалось повышение эпизоотической активности природных очагов Крымской геморрагической лихорадки (КГЛ). За летний период 2002г. зарегистрировано 95 случаев КГЛ, из них 6 с летальным исходом. Показатель летальности составил 6,1%. Наиболее напряженная ситуация сложилась в Ставропольском крае, где было зарегистрировано 54 случая этой инфекции с 3 летальными исходами, Республике Калмыкия и Астраханской области, где зарегистрированы по 13 случаев КГЛ.  Обострение эпидемиологической обстановки по ГЛПС и КГЛ связано с сокращением объемов агротехнических мероприятий, дератизационных и дезинсекционных работ, что привело к значительному увеличению численности грызунов и переносчиков возбудителя инфекции. Объем проводимых мероприятий ежегодно сокращается в среднем на 7%, зачастую используются для проведения барьерной обработки малоэффективные препараты. Ассигнования из местных бюджетов выделяются несвоевременно, нередко лишь при резком росте заболеваемости населения.  В целях улучшения профилактики заболеваний населения Российской Федерации Минздравом России разработан и утвержден "Национальный план действий по гигиене окружающей среды Российской Федерации (НПДГОС) на 2001-2003 годы". В 2002г. в 53 субъектах Российской Федерации разработаны региональные ПДГОС и муниципальные ПДГОС.  В числе приоритетных гигиенических проблем, связанных с риском для здоровья человека, продолжает оставаться проблема загрязнения атмосферного воздуха. В 2000-2002гг. произошла стабилизация уровня загрязнения, количество проб воздуха с превышением гигиенических нормативов составило 5,6 - 6 %.  Увеличилось число проб воды из поверхностных источников в сети водозаборов с выделением возбудителей инфекционных заболеваний с 0,44% в 1977г. до 2,78% в 2001г. В 2002г. из воды открытых водоемов на территории Российской Федерации было выделено 94 атоксигенных штаммов холерных вибрионов. Высокие показатели микробного загрязнения водоемов с выделением возбудителей инфекционных заболеваний отмечаются в г.Санкт-Петербурге, республиках Удмуртия, Башкоркостан, Татарстан, Ярославской, Калининградской, Ивановской, Псковской, Архангельской областях и Приморском крае.  Не отвечают санитарным нормам и правилам 47% из всех поверхностных источников в том числе в 38% - из-за отсутствия зон санитарной охраны.  По прежнему недостаточно используются для централизованного водоснабжения наиболее защищенные подземные источники (около 30%). Однако и они подвергаются загрязнению. Выявлено 3234 очагов их загрязнения, наибольшее количество которых расположено на территории Сибирского (24%), Приволжского (23%), Центрального (18%) и Южного (18%) федерального округов.  Качество питьевой воды, производимой коммунальными и ведомственными водопроводами за истекшие три года не улучшилось и продолжает оставаться неудовлетворительным. Каждая 5-я проба воды перед подачей в распределительную сеть не отвечает гигиеническим требованиям по санитарно-химическим и каждая 10-я по микробиологическим показателям (19,5% и 9,1% соответственно).  В течение последних лет сохраняется существенный дисбаланс в структуре питания населения Российской Федерации - высокое потребление хлеба, хлебопродуктов, сахара, картофеля и крайне недостаточное потребление мяса, молока, рыбы, яиц, фруктов, овощей, растительного масла, являющихся источником незаменимых аминокислот, витаминов и микроэлементов, что оказывает существенное негативное влияние на здоровье населения и требует государственного влияния на решение этой проблемы.  Указанные аспекты нашли свое отражение в проекте постановления Правительства Российской Федерации "О реализации второго этапа Концепции государственной политики в области здорового питания населения Российской Федерации на период до 2005 года" и в проекте Плана мероприятий по его реализации, подготовленные Минздравом России совместно с заинтересованными министерствами и ведомствами.  Для оценки радиационной обстановки на территории Российской Федерации в соответствии с Федеральным законом "О радиационной безопасности населения" проводится радиационно-гигиеническая паспортизация организаций, работающих с источниками ионизирующих излучений и территорий субъектов Российской Федерации. Радиационная обстановка в 2002г. на территории Российской Федерации по сравнению с предыдущими годами существенно не изменилась. И хотя в целом радиационную обстановку можно охарактеризовать как удовлетворительную, за исключением территорий пострадавших в результате радиационных аварий и некоторых подземных ядерных взрывов, имевших место в предыдущие годы, радиациошю-гигиеническая паспортизация выявила ряд негативных ситуаций, требующих изучения и принятия мер по нормализации.  В результате наводнения в Южном федеральном округе проводилась большая работа по обеспечению профилактических мероприятий при ликвидации его последствий.  Усиление государственного санитарно-эпидемиологического надзора за объектами жизнеобеспечения населения позволило сдержать негативные последствия наводнения и не допустить эпидемического распространения инфекционных заболеваний. Эпидемиологическая обстановка в зонах наводнения на протяжении всего периода оставалась стабильной. Зарегистрированы 709 случаев инфекционных заболеваний, в том числе 321 у детей до 14 лет, из них 84% составили острые кишечные инфекции и 10% -вирусный гепатит А.  В целях предупреждения заражения населения в пострадавших районах Южного федерального округа проведена профилактическая иммунизация населения и фагирование. Против вирусного гепатита А, брюшного тифа, лептоспироза, туляремии и сибирской язвы за этот период привито 172342 человека, в том числе 53993 детей.  Профилактическое фагирование против дизентерии, сальмонеллеза и брюшного тифа получили 232932 человек, из них 103297 детей.  По выявленным фактам нарушения санитарно-эпидемиологических требований на территориях, пострадавших от наводнения, вынесено 478 постановлений о наложении административного взыскания в виде штрафов, была приостановлена работа 687 объектов, 5 дел передано в прокуратуру.  **Организация медицинской помощи населению**  Задачи организации медицинской помощи населению на современном этапе заключаются в том, чтобы эффективно и экономично использовать имеющиеся ресурсы здравоохранения, увеличить доступность и повысить качество медицинских услуг.  Совершенствование организации медицинской помощи на догоспитальном и госпитальном этапах в течение последних лет привело к значительным изменениям в структуре амбулаторно-поликлинического и стационарного этапов оказания медицинской помощи населению.  Реформа управления и финансирования здравоохранения Российской Федерации, внедрение медицинского страхования граждан предъявили новые требования к врачу, оказывающему первичную медицинскую помощь на догоспитальном этапе лечения, вне зависимости от формы собственности, территориальной подчиненности и ведомственной принадлежности.  Система организации оценки деятельности участковых терапевтов и условия, в которых они оказались, не способствовали становлению участкового врача, как хорошего домашнего доктора. При его ошибках в диагностике и лечении, проверяющие органы обращали внимание не на низкую квалификацию врача, а считали основной причиной его ошибок то, что он не направил больного на консультацию к специалисту. Участковый терапевт в дальнейшем стал направлять больных к другим специалистам даже в тех случаях, когда и сам считал, что в этом нет необходимости. Сегодня участковый терапевт не несет прямой ответственности за здоровье пациента, не имеет стимулов для повышения качества работы и профилактических мероприятий, не стремится к расширению диапазона своей деятельности, к использованию ресурсосберегающих медицинских технологий.  Переход к семейной медицине закономерен и весьма важен. Не надо его рассматривать лишь как наиболее экономичный и рациональный способ организации медицинской помощи. Это механистический подход. Переход к семейной медицине - это не только поиск наиболее эффективных и экономичных форм организации медицинской помощи, а необходимость интегрального видения человека, его здоровья и болезни. Общая врачебная практика создает благоприятные условия для структурных и кадровых преобразований в амбулаторном и стационарном звене здравоохранения.  По данным опросов почти 70% населения считают, что необходимо развивать семейную медицину.  Врач общей практики (ВОП) оказывает личностную медицинскую помощь, как отдельным лицам, так и их семьям. Четкое различие между первичным и вторичным уровнем оказания медицинской помощи создает наилучшие условия взаимодействия между врачами первичного звена и специалистами, работающими в стационарах. Это одна из задач врача общей практики, семейного врача.  Перед ВОП стоит более широкий круг задач, чем перед врачом -специалистом. Это связано, в первую очередь, с его более тесной связью с населением. ВОП постоянно сталкивается с более широким, чем врачи других специальностей, кругом проблем медицинского и социального плана. Ему необходимы более широкие знания в области профилактики, психологии, социологии, общественного здоровья и других смежных дисциплин.  Уникальность общей врачебной (семейной) практики определяется тем, что врач имеет дело с болезнями на ранней стадии их проявления, использует доступную технологию в диагностике, несет ответственность за здоровье прикрепленного населения, обеспечивает преемственность в медицинской помощи, его деятельность имеет профилактическую направленность.  В своей работе ВОП принимает первичное решение по всем проблемам, которые представляются ему как врачу, осуществляет постоянное наблюдение за больными с хроническими заболеваниями и находящимися в терминальном состоянии, осознает свою ответственность перед населением и местными органами власти, работает в сотрудничестве с коллегами и лицами немедицинских специальностей.  За последние 2 года проведена большая организационная и методическая работа по формированию не только отношения общественности к работе врача общей (семейной) практики, но и по разработке научно-методического и организационно-технологического обеспечения общих врачебных (семейных) практик.  В настоящее время в медицинских вузах и учреждениях послевузовского профессионального дополнительного образования по специальности "Общая врачебная практика (семейная медицина)" прошли подготовку в клинической ординатуре и на различных циклах повышения квалификации 5293 врачей. Утверждена специальность "общая врачебная практика", развита сеть факультетов и кафедр семейной медицины.  Более чем в 20 субъектах Российской Федерации отрабатываются модели общих врачебных практик с учетом различных организационно-правовых форм деятельности.  Особую значимость для внедрения института врача общей (семейной) практики представляет сельская медицина. Такой опыт есть в Республике Карелия, где принят закон "Об общей врачебной (семейной) практике" и в течение 5 лет ведется работа по принципу врача общей практики в двух участковых больницах и в 9 врачебных амбулаториях. Работа проводится по "командному" принципу - во главе врач, у него медсестра-реабилитолог, семейная медицинская сестра, сестра медико-социальной помощи, а также сестры - инструкторы школ больных бронхиальной астмой, сахарным диабетом и т.д.  Создана и работает Всероссийская ассоциация врачей общей (семейной) практики, издается профессиональный журнал "Российский семейный врач".  Вместе с тем, реальной реформы первичного звена здравоохранения в ряде регионов Российской Федерации не произошло.  Сельские врачебные амбулатории, работа которых фактически организована по принципу амбулатории общей (семейной) практики, из-за отсутствия в номенклатуре лечебно-профилактических учреждений такого учреждения как "Общая врачебная (семейная) практика", не имеют лицензий на такой вид медицинской деятельности.  В Архангельской области из 38 специалистов общей врачебной практики работают только 15, в Республике Мордовия из 29 работают 10, в Республике Дагестан из 45 - 20, Республике Бурятия из 72 подготовленных специалистов работают 49.  Внедрение службы врача общей (семейной) практики тормозится из-за отсутствия механизмов реализации в области реформирования первичной медико-санитарной помощи, в отсутствии единых подходов в этой проблеме на уровне регионов. Необходимо разработать механизм перехода от зарубежных "пилотных" проектов поддержки реформы первичной медико-санитарной помощи на региональном уровне к разработке механизмов поэтапного внедрения службы общей врачебной (семейной) практики на всей территории России.  Подготовка специалистов общей практики должна вестись с учетом высоких требований к квалификации, и сопровождаться созданием дополнительных центров подготовки врачей общей практики. Минздравом России в 2002 г. проведена Коллегия, рассматривающая вопросы совершенствования амбулаторно-поликлинической помощи населению и определившая стратегию ее развития. Минздравом России издан приказ "О совершенствовании амбулаторно-поликлинической помощи населению Российской Федерации", где разработаны положения о Центрах врача общей практики, фельдшере общей практики, медицинской сестре общей практики.  Развитие оказания первичной медицинской помощи по принципу врача общей практики является наиболее перспективным направлением для российского здравоохранения и позволит решить ряд задач: перераспределить объемы медицинской помощи между стационаром и амбулаторно-поликлиническими учреждениями, направить имеющиеся средства на развитие общей врачебной (семейной) практики, повысить оплату труда специалистов высокой квалификации.  Анализ реализации отраслевой программы "Общая врачебная (семейная) практика" показал необходимость разработки системного подхода при совершенствовании нормативных правовых, социально-экономических, финансовых, материально-технических, организационно-методических и управленческих механизмов, обуславливающих особенности организации и функционирования службы общей врачебной (семейной) практики в структуре первичной медико-санитарной помощи российского здравоохранения.  Совершенствование организации медицинской помощи на госпитальном этапе остается одной из основных задач здравоохранения. Стационарная служба, по-прежнему, остается наиболее ресурсоемким сектором здравоохранения. Минздрав России придает этому вопросу крайне важное значение.  Одним из основных направлений повышения эффективности использования коечного фонда определено внедрение малозатратных технологий и развитие стационарозамещающих форм организации и оказания медицинской помощи населению, перераспределение части ее объемов из стационарного сектора в амбулаторный.  Программой государственных гарантий предусматривалось уменьшение почти на 20% объема стационарной помощи за счет развития стационарозамещающих форм, а также планировался рост доли расходов на амбулаторно - поликлиническую помощь.  Анализ реализации Программы государственных гарантий показал, что диспропорции объемов медицинской помощи на разных этапах ее оказания сохраняются, а развитие стационарозамещающих форм организации медицинской помощи осуществляются очень медленно.  Реструктуризация сети проводится практически во всех регионах, но крайне медленно и поверхностно. За последние 5 лет из 1657319 коек сокращено 100228 коек или 6%.  Положительных результатов по оказанию стационарной помощи это не дало. Рост госпитализации продолжается в 2001г. 22,4, в 1997г. 20,5 на 100 жителей, а сокращению подверглись в основном койки на селе, так как сделать это было очень просто: стационары маломощные, неукомплектованные. Минздрав России считает, что в первую очередь необходимо заниматься не формальным сокращением коечного фонда, а экономически обоснованной реструктуризацией с дифференцированным подходом внедрения коек различной интенсивности лечения. Другими словами назрела необходимость формирования программы "Реструктуризация сети здравоохранения", к следующей итоговой коллегии мы обязаны подготовить такой проект отраслевой программы.  Скорая медицинская помощь, как вид медицинской помощи, имеет свои особенности, к которым относятся: доступность (безотказный характер предоставления); определяющее значение фактора времени ("золотой час"); диагностическая неопределенность (необходимость посиндромной диагностики и терапии); многопрофильность; этапность оказания; преемственность оказания помощи между этапами; высокая ресурсоемкость. Эти особенности явились причиной создания в нашей стране лечебно-профилактических учреждений скорой медицинской помощи.  За время после выхода приказа Минздрава России от 26.03.99 № 100 "О совершенствовании организации скорой медицинской помощи населению Российской Федерации" проведена огромная работа по усилению организационно-методического руководства скорой медицинской помощью. Впервые приказом Министра здравоохранения Российской Федерации назначен главный внештатный специалист Минздрава России по скорой медицинской помощи. Создан Консультативный совет Минздрава России по скорой медицинской помощи под председательством Первого заместителя Министра здравоохранения Российской Федерации, куда вошли ведущие специалисты и ученые в данной области из всех регионов Российской Федерации. Основной целью создания этого совета является выработка предложений по дальнейшему развитию и повышению качества скорой медицинской помощи на всей территории страны.  Приказом Минздрава России от 14.03.2002 № 265 "Об организационно-методическом отделе станции скорой медицинской помощи" регламентируется деятельность по координации и обеспечению взаимодействия служб субъекта Российской Федерации, оказывающих скорую медицинскую помощь.  В действующих законодательных, нормативных правовых актах Российской Федерации оказание скорой медицинской помощи рассматривается как вид медицинской помощи, являющийся догоспитальным этапом.  Вместе с тем, в нашей стране сформирована система оказания скорой медицинской помощи, которая включает в себя самостоятельные станции и отделения скорой медицинской помощи, больницы скорой медицинской помощи, Московский НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского, Санкт-Петербургского НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе.  Сложившаяся в нашей стране система скорой медицинской помощи признана и за рубежом. До сих пор во многих странах используется 2- и 3-уровневая система оказания экстренной медицинской помощи.  Количество самостоятельных станций (отделений) за последний период увеличилось и составляет 3212 (в 1995г. 3172). Количество больниц скорой медицинской помощи и число коек в них уменьшилось.  Вместе с тем, число госпитализаций по скорой медицинской помощи за последние годы имеет тенденцию к увеличению, как в городе, так и в сельской местности, например, Челябинская область. В некоторых регионах, таких как Красноярский край, Новосибирская область, Московская область частота госпитализации составляет от 25,5 до 54,8 на 1000 населения.  В настоящее время отмечается снижение количества общих врачебных и фельдшерских бригад скорой медицинской помощи. Занятость штатных единиц по врачебному персоналу составила 90,5% при показателе наличия физических лиц всего 58,5%. Занятость рабочих мест по среднему и младшему медицинскому персоналу составила соответственно 97,0 и 93,7%.  Несмотря на изменения количества станций и больниц скорой медицинской помощи, в динамике наблюдается постоянный рост обращаемости за скорой медицинской помощью, в 1999г. медицинская помощь была оказана в 347,5 случаях на 1000 населения, в 2001г. - 362,7 на 1000 населения. Так, по данным Санкт-Петербурга и ряда других крупных городов (Челябинск, Новосибирск, Пермь, Омск) ежегодно каждый четвертый житель обращается за скорой медицинской помощью, а каждый 12-й - госпитализируется по экстренным показаниям. Об этом наглядно говорят и такие цифры, что более 40% пострадавших в результате чрезвычайных ситуаций подлежат госпитализации.  Сокращение больниц скорой медицинской помощи привело к тому, что приемные отделения больниц зачастую не в состоянии обеспечить своевременный и качественный прием тяжелых больных и пострадавших, разрушена связь между догоспитальным и госпитальным этапами оказания скорой медицинской помощи.  Хорошо известны некоторые выполняемые станциями и отделениями скорой медицинской помощи функции, не свойственные им. Это функции поликлиник, приемных отделений и даже "микроспециализированных" отделений стационаров, служб соцобеспечения. Проблема усугубляется отсутствием у некоторых руководителей органов управления здравоохранением, руководителей служб догоспитального этапа, главных специалистов четкого, единого понимания задач этих служб и распределения функций между ними.  Вместе с тем, только в больницах скорой медицинской помощи круглосуточно могут быть проведены диагностические манипуляции уже в приемном отделении, включая лабораторную диагностику, рентгенодиагностику, УЗИ и др.  В большинстве регионов Российской Федерации (Красноярский край, Новосибирская, Челябинская, Московская, Тверская области) нет центров скорой медицинской помощи по обслуживанию сельского населения, хотя обращаемость жителей села на скорую медицинскую помощь не ниже, а зачастую и выше, чем у горожан и составляет по Московской области 368,4 на 1000 населения, Тверская область - 332,1; Новосибирская область - 479,0.  Снижение уровня жизни населения, повышение уровня травматизма, в первую очередь дорожно-транспортного и криминогенного, ослабление профилактической направленности здравоохранения, ограниченная доступность медикаментов для большинства людей пожилого возраста требует внесения корректив в дальнейшее развитие скорой медицинской помощи в России.  Несмотря на то, что скорая медицинская помощь стоит на первом месте в "Программе государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью", что предполагает приоритетность ее финансирования, она финансируется с дефицитом. Средняя нормативная стоимость вызова, по Российской Федерации составляет на 2001г. - 358,9 рублей, при нормативе вызовов 318 (на 1000 человек). Ресурсное обеспечение станций медицинской помощи практически повсеместно (от 65 до 100%) соответствует нормативам, утвержденным приказом Минздрава России от 26.03.99 № 100. Одновременно существующий в нашей стране смешанный тип финансирования госпитального звена скорой медицинской помощи осуществляется по стандартам, разработанным по нозологическому принципу для планово госпитализированных больных, что не соответствует принципам и объемам оказания скорой медицинской помощи.  Рост числа пострадавших в техногенных авариях и катастрофах, стихийных бедствиях, террористических акциях также диктуют необходимость совершенствования организации оказания скорой медицинской помощи населению Российской Федерации. Необходима разработка системного комплексного подхода при совершенствовании нормативных правовых, социально-экономических, финансовых, материально-технических, организационно-методических и управленческих механизмов, обуславливающих особенности организации и функционирования скорой медицинской помощи в структуре первичной медико-санитарной помощи российского здравоохранения.  При этом следует признать, что в деятельности скорой медицинской помощи в настоящее время существует множество проблем, которые Министерство должно решать только совместно с органами управления здравоохранением субъектов Российской Федерации и органами управления здравоохранением муниципальных образований.  Эти проблемы, прежде всего, связаны со значительным снижением престижности профессии, резким увеличением нагрузки, низкой заработной платой и социальной незащищенностью работников скорой медицинской помощи. Продолжается отток квалифицированных кадров из службы.  В системе додипломного образования как врачи, так и средние медицинские работники не получают необходимой теоретической и практической подготовки. Отсутствует тренажерное оборудование.  Учитывая, что за последние 20 лет произошло технологическое перевооружение медицины, в практическое здравоохранение пришли высокоэффективные и в тоже время крайне дорогостоящие методы диагностики и лечения: эндовидеохирургия, УЗИ, компьютерная томография и др. Все эти технологии остро востребованы в неотложной медицине на ранних сроках лечения.  Главным направлением совершенствования скорой медицинской помощи должно явиться концентрация оказания скорой медицинской помощи на базе хорошо оснащенных стационаров интенсивного лечения, с функциональным единством догоспитального и госпитального этапов.  Условием, обеспечивающим концентрацию потоков больных и повышение эффективности использования ресурсов, является интенсификация лечебно-диагностического процесса на всех уровнях, сокращение длительности пребывания больных в стационаре и увеличение оборота койки.  Системное и комплексное решение сложнейших задач по реформированию скорой медицинской помощи возможно лишь на основе программно-целевого планирования - разработки и принятия отраслевой целевой программы "Совершенствование скорой медицинской помощи". В России в ряде регионов разработаны и работают свои территориальные программы реформирования данного вида помощи (Владивосток, Санкт-Петербург, Башкортостан и др.). Их первые результаты свидетельствуют о высокой эффективности капиталовложений в этот сектор здравоохранения.  Минздравом России разработан и будет утвержден проект Отраслевой целевой программы "Совершенствование скорой медицинской помощи в Российской Федерации". Одновременно получает развитие направление, которое позволяет создать единые методологические подходы к организации скорой медицинской помощи в Российской Федерации, включая функциональное единство госпитального и догоспитального звеньев.  Основной целью создания и реализации Отраслевой программы является создание условий для повышения качества и эффективности скорой медицинской помощи на догоспитальном и госпитальном этапах, выравнивания условий для ее оказания, обеспечения равной доступности для населения современных медицинских технологий на территории Российской Федерации, создание основы для дальнейшего структурно-функционального реформирования здравоохранения на всей территории страны.  Организация оказания высокотехнологичных (доростоящих) видов медицинской помощи в учреждениях здравоохранения федерального подчинения. Ежегодно Минздрав России совместно с РАМН утверждают приказ "Об организации оказания высокотехнологичных (дорогостоящих) видов медицинской помощи в учреждениях здравоохранения федерального подчинения". Приказом определен порядок направления больных на консультацию и лечение в учреждения здравоохранения федерального подчинения, которые обеспечивают своевременную высококвалифицированную медицинскую помощь больным.  Этим приказом на 2002 г. определен Перечень высокотехнологичных (дорогостоящих) видов медицинской помощи (117 наименований) и Перечень учреждений здравоохранения выполняющих их (73 учреждения).  В 2002 году федеральными учреждениями здравоохранения системы Министерства здравоохранения Российской Федерации и Российской академии медицинских наук медицинская высокотехнологичная помощь оказана 128847 больным, что на 60% больше, чем в 2001 году.  Объем финансирования высокотехнологичных (дорогостоящих) видов медицинской помощи учреждений здравоохранения федерального подчинения системы Минздрава России в 2002 г. составил 2297,3 млн. руб., что по сравнению с 1999г. больше на 1561,6 млн. руб.  В бюджете 2003 года Минздраву России предусмотрено 2996,0 млн. рублей на оказание высокотехнологичных видов медицинской помощи.  Для полного удовлетворения и приближения данной помощи к населению необходимо увеличение объемов высокотехнологичных (дорогостоящих) видов медицинской помощи и в первую очередь в НИИ в центрах, находящихся в Уральском, Сибирском и  Дальневосточном федеральных округах Российской Федерации.  Клинико-экспертная деятельность является приоритетной по управлению качеством медицинской помощи.  Число случаев временной нетрудоспособности по заболеваниям на 100 работающих составляет 64,0 случая.  Средняя продолжительность одного случая заболевания с временной утратой трудоспособности увеличилась и составляет 14,1 дня (на 01.01.2001 -13,8).  Наибольшие потери временной нетрудоспособности имеются по группе заболеваний органов дыхания и составляет 23,8 случаев на 100 работающих, что ниже, чем в 2000г. (26,6), при этом более половины случаев составляют острые респираторные инфекции (15,4 случаев на 100 работающих).  На втором месте по-прежнему находятся заболевания костно-мышечной системы - 8,2 случая на 100 работающих, что составило рост по сравнению с 2001г. (7,4). Далее следуют травмы и отравления, которые составляют 6,8 случаев на 100 работающих (в 2001г. -6,4).  Сохраняется неуклонный рост числа случаев временной нетрудоспособности при заболеваниях системы кровообращения- 5,3 случаев на 100 работающих (в 2000г.-4,1; в 2001г.- 4,6), а также по некоторым длительно и часто протекающим заболеваниям (болезни органов пищеварения, нервной системы и органов чувств).  Показатели заболеваемости с временной утратой трудоспособности не отражают истинного состояния здоровья работающих, поскольку ухудшение финансово-экономического положения предприятий, вынужденные и длительные отпуска и остановки производств, угроза безработицы снижают обращаемость работающих за медицинской помощью при ухудшении их здоровья.  Численность лиц, впервые признанных инвалидами, составила в 2001г. 1199761 человек, что составляет 82,8 на 10 тыс. населения. Численность лиц, впервые признанных инвалидами в 1995г. составила 1,3 млн., в 1999г.- 1,0 млн., в 2000г. - 1,1 млн. человек.  Наибольшее число инвалидов зарегистрировано в Центральном федеральном округе - 97,4 на 10 тыс. населения), значительно ниже численность инвалидов в Уральском (59,9) и Дальневосточном федеральных округах (66,8).  Первое место среди заболеваний, послужившими причиной первичного выхода на инвалидность являются болезни системы кровообращения - 40,0 на 10 тыс. населения, далее следуют злокачественные новообразования - 10,3 на 10 тыс. населения, болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани - 5,7 на 10 тыс., последствия травм, отравлений - 5,1 на 10 тыс. населения.  Отмечается рост показателей первичного выхода на инвалидность среди трудоспособного населения, в последние годы каждый пятый (20%) среди впервые признанных инвалидами утратил трудоспособность в возрасте моложе 45 лет (женщины) и 50 лет (мужчины).  В клинико-экспертной работе по экспертизе качества оказания медицинской помощи существует ряд проблем: отсутствие системного подхода к экспертизе временной нетрудоспособности, как к виду медицинской деятельности; несформированность службы экспертизы временной нетрудоспособности как управляемого звена в системе организации здравоохранения; отсутствие структурной организации в самой системе экспертизы временной нетрудоспособности; слабо сформированно единое информационное поле; несовершенство нормативной правовой базы в вопросах экспертизы временной нетрудоспособности.  Данные проблемы указывают на целесообразность создания единой, современной системы учета, анализа, а следовательно, и оперативного управления временной нетрудоспособностью, увязанной с системой качества лечения еще на этапе незаконченного случая временной нетрудоспособности. Ее создание позволит оперативно управлять состоянием экспертизы временной нетрудоспособности и качества лечения, а следовательно, приведет к сокращению выплат пособий по временной нетрудоспособности, а сэкономленные средства позволит использовать на реабилитацию больных.  В настоящее время сложилась такая ситуация в здравоохранении, когда существующие медико-экономические стандарты обязательного медицинского страхования диктуют объемы и сроки лечения без учета средних сроков временной нетрудоспособности при различных заболеваниях, при этом лечебными учреждениями зачастую необоснованно в 1,5-2 раза превышается длительность лечения, а заинтересованность структур ОМС в регулировании вопросов временной нетрудоспособности отсутствует.  При этом принятие решений о выборе формы, интенсивности и длительности лечения, реабилитации, профилактики происходит без учета затрат на выплату пособий по временной нетрудоспособности. Вместе с тем, социальное страхование при исчислении пособий по временной нетрудоспособности использует устаревшие подходы, базирующиеся на законодательной базе, разработанной и принятой еще в СССР.  Сложившаяся ситуация диктует настоятельную необходимость введения единого страхового случая, как в ОМС, так и в социальном страховании.  Кроме того, существуют и частные вопросы, затрудняющие экспертизу временной нетрудоспособности:  - остро стоит проблема преемственности в лечении больных между лечебно-профилактическими учреждениями, вопрос этот актуален в связи с возможностью получения гражданами листков нетрудоспособности в различных медицинских учреждениях, врачи которых не имеют информации о предшествующем лечении пациента и сроках его временной нетрудоспособности;  - актуальна проблема статистики заболеваемости с временной утратой трудоспособности, во многом связанная с отсутствием в листке нетрудоспособности шифра заболевания, что не позволяет анализировать уровень заболеваемости с временной утратой трудоспособности, динамику заболеваемости и продолжительности одного случая временной нетрудоспособности по различным нозологическим формам. Отсутствуют разработки временной нетрудоспособности по отраслям.  В целях совершенствования работы по экспертизе временной нетрудоспособности в Российской Федерации подготовлен проект приказа Минздрава России и Фонда соцстрахования России "Об утверждении Инструкции о порядке выдачи документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность граждан", подготовлены и утверждены Методические рекомендации "Учет, оценка и анализ клинико-экспертной деятельности лечебно-профилактических учреждений". В целях реализации постановления Правительства Российской Федерации от 15.10.2001 "О порядке обеспечения пособиями по обязательному государственному социальному страхованию осужденных к лишению свободы лиц, привлеченных к оплачиваемому труду" подготовлен проект приказа Минздрава России, Фонда соцстрахования России, Минюста России "Об утверждении порядка проведения экспертизы временной нетрудоспособности осужденных к лишению свободы лиц, привлеченных к оплачиваемому труду, и оформления им документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность".  В последние годы наметилась тенденция к росту профессиональной заболеваемости в России, среди которой лидирует патология бронхолегочной системы, заболевания опорно-двигательного аппарата, вибрационная болезнь, нейросенсорная тугоухость, инфекционные и паразитарные болезни.  Основными факторами, влияющими на уровень профессиональной заболеваемости являются: неблагоприятные условия труда, социально-экономическая и политическая ситуация в стране, система социального страхования и другие.  Отмечено утяжеляющее влияние факторов труда на развитие общесоматических заболеваний, в первую очередь сердечно-сосудистой системы и опорно-двигательного аппарата, онкологических болезней.  Негативное влияние на работающих оказывают возрастающие психо-эмоциальные нагрузки (стресс-фактор) с формированием синдрома хронической усталости, пограничных неврозоподобных нарушений, нервно-психических расстройств.  Рост профессиональной заболеваемости ложится тяжелым экономическим бременем на все общество в целом из-за высокой стоимости компенсационных затрат за потерю здоровья пострадавшему в случае развития профессионального заболевания.  По данным Госкомстата России в Российской Федерации трудятся 63, 9 млн. человек (30,5 млн. женщин), из них в промышленности 14,3 млн., сельском и лесном хозяйстве 8,7 млн., в строительстве 5,1 млн., на транспорте и связи 4,9 млн.  Во вредных условиях труда, не отвечающих санитарно-гигиеническим нормам, работает 21,3% от общей численности работающих в промышленности (т.е.каждый пятый), 9,9% в строительстве, 11,2 % на транспорте, 2,5% в связи. Около половины работающих во вредных условиях труда женщины.  За последнее десятилетие отмечается рост первично выявленной профессиональной заболеваемости на 27,7%, в 1998г. она составила 1,86 на 10 тыс. работающих, в 2001г. 2,24. В структуре профессиональной заболеваемости преобладает хроническая патология (98,5%). На долю острых профессиональных отравлений приходится лишь 1,54%. Среди нозологических форм и групп профессиональных заболеваний преобладают болезни органов дыхания, на долю которых приходится 36,7%. Последующие места в структуре профессиональной заболеваемости занимают болезни опорно-двигательного аппарата и периферической нервной системы (18,6%), вибрационная болезнь (17,3%), нейросенсорная тугоухость (16,9%), инфекционные и паразитарные заболевания (3,9%).  По отраслям экономики показатель профзаболеваемости колеблется в широком диапазоне. Наиболее высокие уровни профессиональной заболеваемости регистрируются в угольной промышленности (43,5 на 10 тыс. работающих), в машиностроении, в том числе - строительно-дорожном (17,7), энергетической (14,1), в цветной (14,2) и черной (10,2) металлургии.  Заслуживает самого серьезного внимания анализ профессиональной заболеваемости по административным территориям и федеральным округам Российской Федерации.  Высокий уровень профессиональной заболеваемости зарегистрирован в Кемеровской - 18,4 на 10 тыс. работающих, Сахалинской областях - 8,4, Республике Коми- 7,9, Пермской области- 5,06. Низкий уровень профзаболеваемости отмечен в г.г. Белгороде, Брянске, Владимире, Иванове, Тамбове, ряде республик Южного Федерального округа. Выше среднероссийского уровня профзаболеваемость в Свердловской и Челябинской областях, ниже - в Курганской, Тюменской областях, Ханты-Мансийском и Ямало-Ненецком автономных округах.  Вместе с тем следует отметить, что низкие показатели профзаболеваемости в отдельно взятых субъектах Российской Федерации могут быть обусловлены отсутствием в указанных административных территориях Центров профпатологии, неэффективным проведением периодических медицинских осмотров и низкой выявляемостью профзаболеваний.  Продолжается рост смертности в результате несчастных случаев на производстве. Всего 2001г. в Российской Федерации в организациях всех отраслей экономики погибло 5957 человек (в 2000 г. - 5977), в том числе 466 женщин (в 2000г.- 420) и 29 несовершеннолетних (в 2000г. - 35).  Причинами роста профессиональной и общей заболеваемости и смертности от несчастных случаев на производстве работающего населения в Российской Федерации являются ряд факторов.  Неустойчивая работа промышленных предприятий, недостаток финансовых средств, отсутствие экономической заинтересованности у работодателей, привели к резкому сокращению объемов работ и финансированию мероприятий по улучшению условий труда работающих.  Немалую роль сыграл и износ основных производственных фондов и технологического оборудования, заметное сокращение объемов капитального и профилактического ремонта промышленных зданий, сооружений, машин и оборудования, что также является одной из причин ухудшения условий труда работающего населения.  На предприятиях, как правило, не ведутся работы по реконструкции и техническому перевооружению, внедрению новых технологий, механизации и автоматизации производственных процессов, замене изношенного и модернизации устаревшего оборудования.  Низкими темпами производится аттестация рабочих мест, комплектование штатов и организация работы санитарно-промышленных лабораторий, столовых, не организуется лечебно-профилактическое питание.  Как и прежде, масса грубейших нарушений требований санитарного законодательства выявляется на так называемых малых предприятиях.  Сложившееся в Российской Федерации положение с охраной здоровья работающего населения обусловлено, прежде всего, несовершенством законодательства Российской Федерации по охране труда, отсутствием правовых и экономических санкций за сокрытие профессиональных заболеваний, недостатками организации и качества проведения профилактических осмотров работающих.  Немалую роль в ухудшении организации медицинской помощи работающему населению сыграло и реформирование первичного звена здравоохранения, сопровождавшееся сокращением числа медико-санитарных частей и передачей их функций территориальным ЛПУ, что привело к свертыванию профилактической деятельности на предприятиях, неполному охвату работников вредных профессий периодическими медицинскими осмотрами и значимому ухудшению их качества.  Выявляемость лиц с подозрением на профзаболевание более чем на два порядка выше, если в проведении периодических медицинских осмотров участвуют специалисты центров профпатологии по сравнению с врачами общелечебной сети. Минздравом России проводится определенная работа по улучшению организации медицинской помощи работающему населению.  В 2002г. внесен в Правительство Российской Федерации совместно с Минтрудом России законопроект "О внесении изменений и дополнений в федеральный закон Российской Федерации "Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний" от 24 июля 1998г.№125-ФЗ.  В данном законопроекте Минздрав России настаивает на проведении "медицинской реабилитации по прямым последствиям несчастного случая на производстве или профессионального заболевания, в виде реабилитационного (восстановительного) лечения застрахованных, осуществляемого на территории Российской Федерации непосредственно после произошедших несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний до восстановления трудоспособности или установления стойкой утраты трудоспособности", что позволит использовать средства Фонда социального страхования для лечения пострадавших от несчастных случаев на производстве и профзаболеваний с первого дня заболевания.  Находится в стадии подготовки проект постановления Правительства Российской Федерации "О вредных и (или) опасных производственных факторах и работах, при выполнении которых проводятся предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования), и о порядке проведения этих осмотров (обследований)", что позволит повысить ответственность работодателя за сохранение здоровья работающего населения.  В сложившихся условиях увеличивается роль центров профпатологии, которые наряду с лечебно-диагностической и экспертной работой, осуществляют совместную деятельность с соответствующими органами и учреждениями здравоохранения и госсанэпиднадзора, медицинского и социального страхования, медико-социальной экспертизы по профилактике профессиональных и общих заболеваний у работающих, медико-социальной и профессиональной реабилитции больных и инвалидов. Минздравом России готовится приказ "О совершенствовании организации медицинской помощи работающему населению", в котором будут разработаны структура службы профпатологии, положение о центрах профпатологии, положение о деятельности медицинских подразделений на предприятиях и др.  В рамках разрабатываемой Минздравом России отраслевой целевой программы "Управление качеством в здравоохранении на 2003-2007 годы" предусматривается разработка ряда нормативных документов, регламентирующих медицинскую деятельность, связанную с охраной здоровья работающего населения.  Будут приведены в соответствие с законодательством Российской Федерации лицензионные требования к структурным подразделениям, осуществляющим экспертизу связи заболевания с профессией.  Получили новое развитие в управлении качеством медицинской помощи аккредитация лечебных учреждений, аттестация рабочих мест и медицинских кадров, сертификация медицинских услуг.  Аккредитация медицинских учреждений, осуществляющих профилактику, лечение и реабилитацию работающего населения, позволит выявить соответствие деятельности указанных учреждений установленным стандартам по оказанию доступной медицинской помощи работающим во вредных и опасных условиях труда.  В рамках управления качеством в здравоохранении будут развиваться медицинские технологии с доказанной эффективностью, что увеличит эффективность профилактических медицинских осмотров и повысит выявляемость профессиональных заболеваний на ранних стадиях их развития.  Развитие программы управления качеством здравоохранения предусматривает разработку и внедрение стандартов (протоколов) ведения больных с профессиональными заболеваниями, что существенно уменьшит разногласия при решении экспертных вопросов по установлению связи заболевания с профессией.  Внедрение стандартов существенно улучшит реабилитацию больных профессиональными заболеваниями, что позволит сохранить профессиональное долголетие различных групп работающего населения России. В настоящее время подготовлены и будут представлены на утверждение методические рекомендации по видам и объемам медицинской реабилитации пострадавшим от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний и тарифам на эти виды медицинских услуг. Реализация программы управления качеством медицинской помощи позволит обеспечить взаимодействие между работодателями, территориальными фондами социального страхования и органами управления здравоохранения субъектов Российской Федерации с целью создания эффективных экономических механизмов обеспечивающих охрану здоровья и социальные гарантии лиц, занятых на производстве. Совершенствование организации медицинской помощи коренному и пришлому населению, проживающему в северных районах Российской Федерации. Социально-экономические перспективы, демографическая ситуация, проблемы сохранения и укрепления здоровья коренного и пришлого населения, проживающего в северных районах Российской Федерации, площадь которых составляет почти 60% территории страны, - одни из наиболее серьезных вопросов, регулярно рассматриваемых на парламентских слушаниях в Государственной Думе и Совете Федерации Федерального Собрания Российской Федерации, заседаниях Правительства Российской Федерации, съездах и конференциях заинтересованных общественных объединений и организаций.  Активная работа Минздрава России, направленная на разработку и реализацию комплекса мер по охране здоровья жителей северных регионов, велась по нескольким направлениям.  Прежде всего, в рамках деятельности рабочей группы президиума Государственного совета Российской Федерации по проблемам развития северных территорий Российской Федерации был подготовлен доклад "Об основах государственной политики в районах Крайнего Севера", план и обоснование первоочередных мероприятий по решению проблем северных территорий, разработаны разделы Концепции Федерального закона "Об основах государственной политики в районах Крайнего Севера" и Плана реализации основных положений Концепции, касающиеся социальной сферы в целом и проблем здравоохранения.  Эти документы не только констатировали наличие климато-географических и биогеохимических особенностей региона, более тяжелые последствия негативного антропогенного воздействия на экологию Севера, глубокие различия в социально-экономическом положение субъектов Российской Федерации, отнесенных к северным районам, но и отсутствие адекватного нормативно-правового регулирования с учетом особых требований к охране окружающей среды и здоровья северян.  Основными задачами государственной северной политики определены нормализация и улучшение демографической ситуации, снижение уровня смертности, особенно в детском и трудоспособном возрастах, путем создания системы медицинского обслуживания, способной обеспечить сохранение здоровья всем группам населения на основе донозологической диагностики, превентивных методов коррекции и профилактики патологических состояний.  Госсоветом России по проблемам развития северных территорий было поддержано предложение Минздрава России о необходимости введения обязательной диспансеризации населения, живущего в условиях Севера. При этом целесообразно введение в повседневную практику современных дистанционных телекоммуникационных технологий, позволяющих осуществлять комплекс консультативных, диагностических и лечебных мероприятий с использованием научного потенциала клинических центров, осуществляющих высокотехнологичные специализированные виды медицинской деятельности.  Решение этих задач зависит не только от определения источников целевого, адекватного и достаточного финансового и материального обеспечения. Проведенная в сентябре 2002 г. комплексная проверка состояния здоровья населения и медицинской помощи коренному и пришлому населению Мурманской области показала необходимость в ближайшее время разработки и принятия управленческих решений, направленных на изменение структуры и организации деятельности медицинских учреждений в северных регионах.  С одной стороны, крайне сложно решить сегодня проблему укомплектования медицинскими кадрами не только маломощных лечебно-профилактических учреждений (районных, участковых больниц, амбулаторий и ФАПов), но даже краевых, областных и крупных городских больниц, расположенных в районах Крайнего Севера и Дальнего Востока.  Хотя в целом по субъектам Российской Федерации, отнесенным к северным территориям, обеспеченность врачами и средним медицинским персоналом соответствует среднероссийским показателям (41,9 и 95,5 на 10 тыс. населения), последние 10 лет отмечается неуклонное уменьшение числа врачей и средних медработников в этих регионах, особенно в местах проживания коренного населения. Особенно неблагоприятная ситуация сложилась в кадровом обеспечении первичной медико-санитарной помощи, поскольку значительная часть медперсонала находится в пенсионном и предпенсионном возрасте.  Уровень профессиональной подготовки медицинских кадров, работающих на Севере, не уступает уровню специалистов в других регионах.  Для исправления кадровой ситуации в лечебно-профилактических учреждениях районов Крайнего Севера, связанной с миграцией населения в европейскую часть страны, Минздравом России определен план подготовки врачей на ближайшую перспективу путем целевого набора и подготовки специалистов из числа коренных малочисленных народов Севера.  В 2002г. в медицинские ВУЗы страны по целевому набору было принято 1721 человек (против 1422 в 2000 г.), в том числе по специальностям лечебное дело и педиатрия - 1224, медико-профилактическое дело - 200, стоматология - 155, сестринское дело - 57, однако законодательных оснований для направления дипломированных врачей после окончания обучения на работу в регионы, наиболее нуждающиеся в таких специалистах, сегодня нет. Для закрепления в северных регионах медицинских работников необходимо внесение изменений и дополнений в целый ряд правовых актов как на федеральном, так и на местном уровнях, в том числе в части:  - усиления социальной защищенности медработников путем увеличения размеров оплаты труда за счет введения соответствующих прогрессивных коэффициентов;  - предоставления жилья, в том числе служебного, или льготного кредитования его покупки и строительства;  - оплата или дотирование проезда и др.;  - развитие системы целевого кредитования профессионального образования, предусматривающего последующую отработку в течение 3 - 5 лет в государственных или муниципальных учреждениях здравоохранения в соответствии с имеющейся кадровой потребностью;  - установление административной ответственности за неисполнение договора (контракта) целевой подготовки специалиста в случаях отказа работать по распределению.  Кроме того, организация медицинской помощи в районах с низкой плотностью населения, большой удаленностью от центров с развитой сетью учреждений здравоохранения и ограниченной транспортной доступностью должна базироваться на иных принципах. Во-первых, необходим перенос акцента в оказании первичной медицинской помощи с врача на помощника врача (фельдшера) общей практики, имеющего более широкую подготовку по основным разделам медицины, и подготовку младших медицинских работников или парамедиков (специалистов немедицинского профиля) из числа коренных жителей малонаселенных поселков в арктической зоне, которая уже начата во многих медицинских училищах Сибири, Дальнего Востока, Северо-запада страны.  Во-вторых, организацию работы медицинских специалистов в отдаленных малонаселенных районах целесообразно осуществлять вахтовым методом, создавать мобильные медицинские бригады, службы санитарной авиации и скорой помощи, оснащенные современным компактным медицинским оборудованием для обеспечения выездных форм оказания медицинской помощи в удаленных поселках.  Это требует пересмотра как положений о деятельности различных структурных подразделений краевых (областных, окружных и т.п.) больниц, так и нормативов штатной численности и нагрузки персонала этих учреждений.  Пересмотра нормативов штатной численности ЛПУ северных регионов и, в первую очередь, первичного звена, требует обязательность диспансеризации коренного (аборигенного) и всего детского населения Северов.  Кроме того, серьезную озабоченность вызывает ухудшение показателей здоровья граждан, выезжающих в районы Крайнего Севера для работы по трудовым договорам, требующей постоянного или длительного временного проживания в этих территориях. В этих случаях происходит быстрое снижение физиологических резервов организма, что приводит к хроническому напряжению функциональных систем и болезням адаптации, а также преждевременному развитию или бурному прогрессированию заболеваний сердечно-сосудистой, дыхательной, периферической нервной систем, истощению иммунных механизмов. Такое положение требует пересмотра как перечня медицинских противопоказаний для направления на работу в северные регионы, так и ужесточения регламентов мониторинга за состоянием здоровья этих контингентов.  Подготовка вышеуказанных нормативных документов предполагает проведение не только углубленного анализа положения дел, но и проведения научных исследований по этим проблемам, такая работа запланирована на 2003г.  Софинансирование научных исследований и практических мероприятий по углубленной диспансеризации аборигенного и пришлого населения будут осуществлять ОАО "Горно-металлургический комбинат "Норильский никель" и администрация Таймырского автономного округа.  Возобновление практики проведения научно-исследовательских экспедиций по изучению состояния здоровья коренных народов Севера, закрепление за северными регионами курирующих научно-исследовательских центров и специализированных клиник медицинских ВУЗов сегодня невозможны без финансового участия со стороны администраций субъектов Российской Федерации, отнесенных к Крайнему Северу, и расположенных там крупных промышленных предприятий.  Кроме того, решению насущных проблем пришлого населения на Севере будет способствовать развитие добровольного медицинского страхования по накопительному принципу (по аналогии с пенсионным страхованием) граждан. Это позволит людям, работающих в условиях Крайнего Севера, после переезда на постоянное место жительства в европейскую часть страны или иную "несеверную" территорию, получить медицинскую помощь в любом учреждении здравоохранения вне территории постоянного проживания, независимо от финансовых возможностей бюджетов этого субъекта Российской Федерации (муниципального образования) и обязательного медицинского страхования.  Вышеперечисленные аспекты были доложены и обсуждены на парламентских слушаниях в Государственной Думе и Совете Федерации: "Южные Курилы: проблемы экономики, политики и безопасности" (18.03.2002), "Об основах государственной политики Российской Федерации в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях" (23.05.2002), "Перспективы ратификации Российской Федерацией Конвенции № 169 МОТ "О коренных народах и народах, ведущих племенной образ жизни в независимых странах" (22.11.2002), заседании Межведомственной комиссии Совета Безопасности Российской Федерации по конституционной безопасности населения "Об обеспечении конституционных прав коренных народов, проживающих в районах Крайнего Севера, Сибири и Дальнего Востока" (25.09.2002). Совершенствование организации медицинской помощи ветеранам войн. Ежегодно отмечается снижение численности инвалидов и участников Великой Отечественной войны (в основном за счет умерших от естественных причин смерти, в связи с их преклонным возрастом). Основными причинами смерти у участников боевых действий являются неестественные: травмы, отравления, убийства и суициды.  Одной из первоочередных задач по улучшению социально-экономических условий жизни ветеранов войн является создание их поименного Регистра, медицинская часть которого (банк данных о полученных ранениях, увечьях, заболеваниях, проведенном лечении и состоянии здоровья на текущий момент) должна формироваться и постоянно находиться только в лечебно-профилактических учреждениях, учитывая конфиденциальность этой информации. Не последнюю роль в создании Регистра должны сыграть общественные организации и объединения ветеранов, поскольку именно от их активной работы по разъяснению среди членов ветеранских союзов необходимости диспансерного учета, постоянного медицинского наблюдения, своевременной диагностики и лечения последствий "боевой травмы" зависит эффективность мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья этих контингентов.  Именно активное диспансерное наблюдение, регулярное плановое лечение и медицинская реабилитация позволяют обеспечить активное долголетие этого контингента (смертность в целом в возрастной группе 70 лет и старше колеблется в пределах 8 -20 %).  В соответствии с утвержденной Правительством Российской Федерации Программой государственных гарантий обеспечения граждан бесплатной медицинской помощью, всем ветеранам оказываются скорая, стационарная и амбулаторно-поликлиническая помощь, включая ежегодную диспансеризацию, за счет средств бюджетов всех уровней и обязательного медицинского страхования, а также осуществляется льготное лекарственное обеспечение и протезирование (зубное, глазное и слухопротезирование).  Медицинская помощь ветеранам и инвалидам войн во всех лечебно-профилактических учреждениях Российской Федерации, независимо от ведомственной принадлежности, оказывается по приоритетному принципу: первоочередной прием в поликлиниках и внеочередная плановая госпитализация для стационарного лечения. Существенных проблем в реализации этой льготы, установленной Федеральным законом "О ветеранах", нет, поскольку она не требует выделения дополнительных финансовых средств из бюджетов.  Больничными учреждениями, ориентированными на преимущественное оказание плановой стационарной помощи ветеранам, являются расположенные в 54 субъектах Российской Федерации 61 госпиталь ветеранов войн. Здесь же осуществляется их диспансерное наблюдение и медицинская реабилитация. Только в 2002 г. было открыто 3 госпиталя ветеранов войн в Приморском крае, Тамбовской и Брянской областях.  Отказов в стационарном лечении в медицинских учреждениях, не имеющих отделений или палат для ветеранов войн, нет и госпитализация ветеранов осуществляется по приоритетному принципу. Вне очереди производится и амбулаторное обслуживание ветеранов.  По данным ежегодных осмотров более трети участников и почти половина инвалидов войны нуждаются в стационарном лечении.  Учитывая преклонный возраст ветеранов Великой Отечественной войны, на базе многих госпиталей были созданы геронтологические центры, основной функцией которых является организационно-методическая помощь всем лечебно-профилактическим учреждениям субъекта федерации по оказанию гериатрической помощи лицам пожилого и старческого возрастов. Некоторые из них (в Ярославле, Самаре, Ульяновске и др. городах) имеют статус международных центров по проблемам пожилых.  Во многих госпиталях (Оренбургском, Ростовском областных и других) постоянно действуют медико-социальные экспертные комиссии, некоторые устанавливают или изменяют группу инвалидности ветеранам, связывают инвалидность с пребыванием на фронте, определяют показания к обеспечению автотранспортом, нуждаемость в постороннем уходе уже в период лечения в госпитале.  Именно госпитали ветеранов войн наиболее тесно сотрудничают с ветеранскими организациями по вопросам решения целого ряда медицинских и медико-социальных проблем ветеранов. Представители ветеранских объединений входят в попечительские советы этих лечебных учреждений, активно способствуют привлечению внебюджетных средств для улучшения материально-технической базы госпиталей, снабжения их медикаментами и продуктами питания.  Благодаря активной деятельности общественных объединений ветеранов вопросы медицинской помощи этим контингентам, в том числе лекарственного обеспечения и различных видов протезирования, регулярно рассматриваются на коллегиях территориальных органов управления здравоохранением.  Одна из актуальных задач сегодня - создание эффективной межведомственной системы медицинской и медико-социальной реабилитации участников боевых действий. Обсуждению организационно-методических аспектов создания в Российской Федерации единой межведомственной системы медико-социальной реабилитации участников боевых действий и контртеррористических операций, членов семей погибших военнослужащих и сотрудников правоохранительных органов было посвящено рабочее совещание начальников госпиталей ветеранов войн, военно-медицинских учреждений различной ведомственной принадлежности, состоявшееся в г. Самаре 27-28 июня 2002.  Поскольку диагностика и лечения последствий "боевой травмы" сегодня осуществляются как в госпиталях ветеранов войн, так и в учреждениях общей лечебной сети, основное внимание на совещании было уделено вопросам медицинской реабилитации участников боевых действий.  В 1989 г. в Российской Федерации были созданы 3 реабилитационных центра для "воинов-интернационалистов" мощностью около 1000 коек: "Русь" в Московской области, "Байкал" в Иркутской области и "Анапа" в Краснодарском крае, финансировавшиеся из федерального бюджета.  С 1994 г. "Байкал" и "Анапа" перестали функционировать как центры восстановительного лечения. Реабилитационный центр "Русь" был передан Общероссийской общественной организации инвалидов войны в Афганистане. Инвалиды-"афганцы", члены семей погибших проходят в нем медицинскую реабилитацию за счет средств федерального бюджета, выделяемых Министерству труда и социального развития Российской Федерации на санаторно-курортное лечение инвалидов.  Появились серьезные трудности в проведении медицинской реабилитации "воинов-интернационалистов" на местах, поскольку специализированных медицинских учреждений, в которых осуществляется комплексная лечебно-диагностическая, консультативная, медико-социальная помощь, диспансерное наблюдение только этого контингента, в стране единицы.  Однако, проблема ограниченной доступности медицинской реабилитационной помощи участникам боевых действий не только в малом числе специализированных центров, но и в отсутствии четкой системы межведомственного взаимодействия и преемственности в решении этих вопросов.  Как единая система поэтапной медицинской реабилитации, включающей все организационные звенья оказания медицинской помощи (поликлиника, стационар, учреждения восстановительного и санаторно-курортного лечения) работают лечебно-профилактические учреждения гг. Санкт-Петербурга и Москвы, Волгоградской, Нижегородской, Омской, Ростовской, Рязанской и других областей. Во многих случаях эта система работает как межведомственная и включает в себя структурные подразделения социальной защиты, службы занятости и пр.  При этом основным звеном данной системы, как правило, являются госпитали ветеранов войн. Создаваемые в их структуре центры или обособленные подразделения медицинской реабилитации нуждаются не только в переоснащении иным медицинским оборудованием с учетом изменения структуры заболеваемости и инвалидности среди более молодых контингентов, но и во внедрении новых лечебных и реабилитационных методик, переподготовке кадров.  Часть предстоящих задач (прежде всего по созданию инфраструктуры) может быть решена путем разработки и реализации соответствующей федеральной целевой программы. Другая часть задач обеспечения текущей деятельности такой межведомственной структуры может быть решена только при определении целевого источника текущего финансирования.  Одним из целевых источников финансирования медицинской и медико-психологической реабилитации военнослужащих и сотрудников правоохранительных органов, получивших "боевую травму", в том числе посттравматические стрессовые расстройства, могут быть средства "дополнительного" государственного медицинского страхования, охватывающего только контингенты, направляемые в "горячие" точки.  Аккумулирование этих средств в государственном медицинском страховом фонде или соответствующей военно-страховой медицинской компании (единых для всех "силовых" структур или в каждой из них), обеспечение такими страховыми полисами участников боевых действий позволит им получать необходимые реабилитационные мероприятия в медицинских организациях и учреждениях, независимо от их ведомственной принадлежности и организационно-правовой формы. Возможным механизмом оптимизации функционирования межведомственной системой реабилитации, эффективного управления ею было бы создание координационных советов при органах исполнительной власти на местах, в которые входили бы руководители территориальных органов управления здравоохранением, социальной защиты, фондов обязательного медицинского и социального страхования, службы занятости, образования, а также "силовых" министерств и ведомств, общественных организаций ветеранов и пр.  Создание аналогичных координирующих органов в федеральных округах и на федеральном уровне, которым были бы подотчетны по этим вопросам уполномоченные военно-страховые медицинские компании и фонды, позволило бы сделать систему государственных гарантий охраны и восстановления здоровья военнослужащих и сотрудников правоохранительных органов действительно эффективной.  Во исполнение плана мероприятий Российского организационного комитета "Победа" Минздравом России в отчетном году были проведены выборочные проверки состояния медицинского и лекарственного обеспечения ветеранов в Республиках Ингушетия, Северная Осетия-Алания, Татарстан, Архангельской, Кемеровской, Липецкой, Пензенской, Смоленской, Ярославской областях.  В ходе выборочных перекрестных проверок организации и качества медицинской помощи гражданам пожилого возраста, в том числе ветеранам было отмечено, что в последние годы шире стали применяться стационарозамещающие виды медицинской помощи. Это привело к снижению числа необоснованных госпитализаций и, соответственно, финансовых затрат на оплату дорогостоящей стационарной помощи. Однако говорить о снижении доступности и качества медицинской помощи, в том числе высокотехнологичных дорогостоящих видов, именно для пожилых не оправдано, поскольку основными потребителями медицинских услуг по-прежнему остаются люди старше трудоспособного возраста.  Приоритеты при очередности на госпитализацию, помещение в более комфортные больничные условия, улучшение питания и лекарственной помощи в стационарах за счет более высоких нормативов финансирования по этим статьям, предусмотренные нормативными правовыми актами Минздрава России, выполняются повсеместно.  Проверки также показали в целом удовлетворительное состояние льготного лекарственного обеспечения ветеранов в этих субъектах Российской Федерации. Несмотря на существенную разницу в объемах финансирования лекарственных льгот, случаев необоснованных отказов в выписке льготных рецептов не выявлено.  Проблемы с льготным обеспечением ветеранов лекарственными средствами связаны с несоответствием финансовых возможностей консолидированных бюджетов здравоохранения реальным потребностям в них социально незащищенных групп населения.  Наиболее полно эта льгота выполняется в тех субъектах Российской Федерации, где имеются эффективно работающие бюджетообразующие предприятия и основную часть населения составляют лица трудоспособных возрастов (например, Ханты-Мансийский, Таймырский автономные округа и др.). В этих территориях численность граждан, имеющих права на лекарственные льготы, не превышает 10 %.  Вместе с тем, в ходе вышеуказанных проверок повсеместно было отмечено, что средства, выделяемые из федерального бюджета на выравнивание в регионах условий выполнения льгот, в том числе лекарственного обеспечения, направляются без целевого назначения по видам дотируемых льгот и расходуются по решению глав администраций в большинстве случаев на выполнение иных льгот, установленных Федеральным законом "О ветеранах" (оплата коммунальных услуг, проезда на транспорте и пр.).  Итоги проверок, а также предложения по совершенствованию взаимодействия с ветеранскими организациями по вопросам медицинского обеспечения ветеранов, перспективы развития медицинских учреждений, ориентированных на оказание медицинской помощи этим контингентам, совместно с представителями общественных организаций и объединений ветеранов были обсуждены также на Всероссийском совещании начальников госпиталей (больниц) ветеранов войн 10-11 октября 2002 г. в г. Ульяновске.  Совершенствование организации службы крови в Российской Федерации является общегосударственной задачей и от ее решения зависит качество оказания медицинской помощи в мирное время и в условиях чрезвычайных ситуаций.  На начало 2002г. в службе крови Российской Федерации функционировало 195 станций переливания крови, 1101 отделение переливания крови и 319 больниц, заготавливающих кровь.  В последние 15 - 17 лет донорство крови в стране переживало значительный спад, что было обусловлено сложной социально - экономической ситуацией в Российской Федерации, отсутствием действенной пропаганды донорского движения в средствах массовой информации, невыполнением обязательств государства по реализации прав и льгот, установленных донорам законодательством страны.  В связи с этим, общее количество доноров в России за пятнадцать лет уменьшилось более чем вдвое. В 1985г. общее количество доноров составляло 5,6 миллиона человек, в 1995г. - 2, 9 миллиона. В 2002г. количество доноров составило 2 229 659 человека, из них безвозмездных- 1 865 497 человек (83,6%). Число доноров на 1000 населения соответствует среднемировому уровню-15,4, однако существенно уступает европейскому (в странах Европейского Союза - 40).  С учетом современных тенденций в мировой и отечественной трансфузиологии (переход к терапии компонентами и препаратами крови) и ростом гемотрансмиссивных инфекций, актуальным является внедрение новейших технологий в организации донорского движения и производства препаратов крови (прежде всего по вопросам обеспечения их инфекционной и вирусной безопасности).  При сравнении с европейскими показателями, процент удовлетворения потребности лечебно-профилактических учреждений в основных препаратах крови чрезвычайно низок. Корпуса фракционирования плазмы испытывают значительные трудности, связанные с недостатком финансирования, оборудование изношено и нуждается в замене. На существующих корпусах фракционирования недостаточно активно внедряются новые современные производственные технологии (в том числе вирусинактивации плазмы). Производство препаратов крови не соответствует правилам GMP, вследствие чего отечественные препараты крови уступают по качеству зарубежным. Многие ценные препараты крови, в частности, факторы свертывания крови для лечения больных гемофилией преимущественно закупаются за рубежом. Необходимо наращивание выпуска иммуноглобулинов направленного действия.  Одной из основных причин, сдерживавших развитие донорского движения и производства препаратов крови, являлось несовершенство нормативной правовой базы. Многие нормативные правовые документы, регламентирующие работу службы крови в Российской Федерации, устарели. Несовершенство законодательной базы донорства крови приводило к многочисленным нарушениям прав и льгот доноров.  В 2002г. Минздравом России разработан пакет нормативных правовых документов по совершенствованию работы службы крови в Российской Федерации.  Учитывая необходимость решения проблемы донорства крови и производства препаратов крови программным методом и в соответствии с Законом Российской Федерации от 09.06.1993г. №5142-1 "О донорстве крови и ее компонентов" подготовлен проект федеральной целевой программы "Развитие донорства крови и ее компонентов, производства препаратов крови в 2004 - 2009 годах".  Завершается подготовка проектов важнейших для отечественного здравоохранения приказов "О совершенствовании работы службы крови в Российской Федерации", "О совершенствовании работы по профилактике посттрансфузионных осложнений", "О внедрении в практику работы службы крови метода карантинизации свежезамороженной плазмы".  Введение в действие вышеназванных ведомственных нормативных документов позволит существенно улучшить управление качеством в службе крови в стране. В целом, Минздравом России разрабатывается программа управления качеством в службе крови в Российской Федерации, основанная на принципах доказательной медицины, стандартизации и лицензирований, что позволит обеспечить качество переливания компонентов и препаратов крови. Приказами Минздрава России от 23.09.2002 № 295 "Об утверждении "Инструкции по проведению донорского прерывистого плазмафереза" и от 25.11.2002 № 363 "Об утверждении "Инструкции по применению компонентов крови" заложены основы для разработки стандартных процедур операций (СПО) в учреждениях здравоохранения. Разрабатываются стандарты гемотрансфузионных сред, соответствующие мировым требованиям. В Российской Федерации в 2002г. введена в действие фармакопейная статья ФС 42-0091-02 "Плазма для фракционирования", предусматривающая единый вид сырья для производства препаратов крови, обязательность процедуры карантинизации и вирусной безопасности.  В целях повышения эффективности управления службой крови в Российской Федерации приказом Минздрава России от 08.11.2002 № 298 создано государственное учреждение "Центр крови Министерства здравоохранения Российской Федерации". Для упорядочения процедуры награждения доноров нагрудным знаком "Почетный донор России" подготовлен и издан приказ Минздрава России от 08.10.2002 № 299 "О порядке представления гражданина Российской Федерации к награждению нагрудным знаком "Почетный донор России" и его вручения". Проведена работа по уточнению количества почетных доноров в Российской Федерации в целом (582565 человек) и по субъектам Российской Федерации в отдельности. Сокращены сроки прохождения наградных документов. В течение 2002г. 62 тыс. граждан Российской Федерации награждены Минздравом России знаком "Почетный донор России". Проводится работа по созданию национального и территориальных регистров лиц, награжденных знаком "Почетный донор России".  Одним из основных направлений совершенствования работы службы крови является создание новой законодательной базы донорства крови и производства препаратов крови в Российской Федерации. В Правительство Российской Федерации направлено предложение о разработке необходимых документов по созданию проекта нового федерального закона, регулирующего донорство крови в стране (взамен Закона Российской Федерации "О донорстве крови и ее компонентов").  Другим важнейшим направлением является создание индустрии современного отечественного производства препаратов крови, соответствующих мировым стандартам.  **Санаторно-курортная деятельность и медицинская реабилитация.**  Совместно с другими федеральными министерствами и ведомствами, взаимодействуя с органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации, при поддержке Правительства Российской Федерации Минздрав России последовательно претворяет в жизнь принципы охраны здоровья населения, первоначальной основой которых является предупреждение болезней, реабилитация и восстановительное лечение.  Прошедший в октябре 2002 г. Всероссийский форум "Здравница - 2002" наглядно показал, что, несмотря на имеющиеся организационно-финансовые проблемы, санаторно-курортный комплекс активно развивается и участвует в системе лечебно-профилактических мер, направленных на укрепление здоровья населения страны.  Курортное дело относится к одному из достижений отечественного здравоохранения.  Начиная с 1992 г., в Российской Федерации сеть санаторно-курортных учреждений ежегодно сокращалась, приватизация ряда организаций привела к изменению профиля их деятельности. Ослаблен контроль за состоянием курортных ресурсов. В значительной степени уменьшились объемы научно-исследовательских работ в области разведки и использования лечебных ресурсов, разработки и внедрения в практику новых методик санаторного лечения.  Изменение форм собственности, децентрализация потоков финансирования предъявили новые требования к государственной системе регулирования работы санаторно-курортной отрасли.  Учитывая крайнюю необходимость улучшения оздоровления населения, а также в целях усиления координации санаторно-курортной деятельности Правительство Российской Федерации в 2002г. определило Минздрав России федеральным органом исполнительной власти, уполномоченным осуществлять государственную политику и координацию деятельности в сфере курортного дела. Действительно курортные учреждения России, независимо от форм собственности и ведомственной подчиненности, должны выступать как единый комплекс, обеспечивающий предоставление населению санаторно-курортной помощи. В первую очередь такая помощь должна предоставляться работающим и социально-незащищенным категориям населения - детям, инвалидам, ветеранам войны и труда, гражданам, пострадавшим в результате производственных травм и профессиональных заболеваний, техногенных аварий и военных действий.  Санаторно-курортная помощь должна быть неотъемлемой частью всех медицинских программ профилактики, лечения и реабилитации.  За последние два года Минздрав России значительно активизировал свою деятельность в решении этих вопросов. С участием специалистов профильных научно-исследовательских учреждений существенно обновлена нормативно-правовая база в области санаторно-курортной деятельности: разработаны медицинские показания и противопоказания для санаторно-курортного лечения взрослых, подростков и детей; порядок медицинского отбора и направления пациентов на санаторно-курортное и амбулаторно-курортное лечение; совместно с Фондом социального страхования Российской Федерации отработаны вопросы организации долечивания (реабилитации) в санаториях больных непосредственно после стационарного лечения; по реабилитации в условиях санаторно-курортных учреждений лиц, пострадавших в результате несчастных случаев на производстве и профзаболеваний. Разработан целый ряд новых эффективных технологий и методик санаторно-курортного лечения и медицинской реабилитации пациентов с различными, даже тяжелыми, заболеваниями, что дало возможность лечить на курортах больных, ранее никогда туда не направлявшихся: с ишемической болезнью сердца более тяжелых функциональных классов, перенесших острый инфаркт миокарда, имеющих нарушения ритма сердца, после реконструктивных операций на сосудах, с нарушениями мозгового кровообращения, болезнями опорно-двигательного аппарата, бронхолегочной системы и других. Принят ряд нормативных документов по совершенствованию работы специализированных детских санаториев федерального подчинения.  В целях совершенствования нормативно - правовой базы в сфере курортного дела по инициативе Минздрава России Правительством Российской Федерации принято постановление от 20.12.2002 № 909 "О внесении изменений в некоторые решения Правительства Российской Федерации по вопросам определения статуса лечебно-оздоровительных местностей и курортов федерального значения".  Минздрав России совместно с Российским научным центром восстановительной медицины и курортологии разработал проект Концепции государственной политики развития курортного дела в Российской Федерации, в которой предусматривается, что стратегической целью государственной политики в совершенствовании курортного дела является создание современного курортного комплекса, основанного на отечественных традициях и научных достижениях, способного решать задачи профилактики заболеваемости и укрепления здоровья населения. Основные положения проекта Концепции были обсуждены и одобрены участниками Всероссийского форума "Здравница-2002". Проект концепции направлен в Комитет по охране здоровья и спорту Государственной Думы Российской Федерации, Федерации Независимых Профсоюзов России, в федеральные органы исполнительной власти, Фондам обязательного медицинского и социального страхования Российской Федерации, органам управления здравоохранением субъектов Российской Федерации.  Минздравом России планируется проведение учета объектов санаторно-курортного комплекса страны, независимо от ведомственной принадлежности и формы собственности здравниц, что позволит создать информационную систему для решения государственных задач по развитию курортной системы.  В здравницах страны работают около 250 тыс. человек, в том числе 15 тыс. врачей и 45 тыс. среднего медперсонала. В целях повышения их квалификации создан ряд аттестационных комиссий при профильных научно-исследовательских учреждениях Минздрава России, где могут пройти аттестацию медработники санаторно-курортных учреждений, независимо от ведомственной принадлежности и формы собственности.  Учитывая важную роль санаторно-курортного и восстановительного лечения в комплексе мер по охране здоровья населения:  · следует изучить вопрос о привлечении в санаторно-курортную сферу средств обязательного медицинского и добровольного страхования,  · необходимо активно привлекать к развитию санаторно-курортного комплекса крупных инвесторов,  · продолжить разработку организационно-правовых основ службы медицинской реабилитации,  · разработать стандарты оказания реабилитационной помощи больным,  · продолжить организацию центров медицинской реабилитации больных с различными заболеваниями, в том числе на базе санаторно-курортных учреждений,  · улучшить качество организации и повышение эффективности санаторно-курортной и реабилитационной помощи населению страны.  **Организация медицинской помощи населению в условиях чрезвычайных ситуаций** в последние годы отчетливо продолжается рост количества природных и антропогенных катастроф, в том числе техногенных и происходящих в окружающей среде, а также военных конфликтов и террористических актов практически во всех регионах мира.  В 2002 г. служба медицины катастроф Минздрава России (СМК), выполняя задачи по ликвидации медицинских последствий чрезвычайных ситуаций (ЧС), организации медицинского обеспечения населения при угрозе и возникновении террористических актов, планово участвовала в восстановлении здравоохранения республик Северного Кавказа.  Одновременно продолжалось совершенствование нормативной и правовой базы службы медицины катастроф, организационно- штатной структуры и системы управления для более эффективного выполнения задач в рамках Единой государственной системы предупреждения и ликвидации ЧС (РСЧС). За истекший год зарегистрировано 860 чрезвычайных ситуаций, в том числе 721 - техногенных, 12 - природных, 7 - террористических актов.  Решая задачи по ликвидации медицинских последствий чрезвычайных ситуаций, служба медицины катастроф Минздрава России оказала медицинскую помощь более 31 тыс. пораженным, в том числе 2328-г дорожно-транспортных происшествиях. Госпитализировано более 6500 человек.  В ликвидации медицинских последствий захвата заложников в Москве 25-26 октября 2002 г. Штаб Всероссийской службы медицины катастроф совместно с Московским центром экстренной медицинской помощи и скорой медицинской помощи руководил работой бригад экстренного реагирования полевого многопрофильного госпиталя ВЦМК "Защита". Специалисты ВЦМК "Защита" участвовали в организации медицинской сортировки и оказании медицинской помощи в лечебно-профилактических учреждениях г. Москвы.  В 2002 г. центром "Защита" продолжалась работа по организации медицинского обеспечения населения Чеченской Республики. Специалистами полевых госпиталей ВЦМК "Зашита" за этот период оказана медицинская помощь более 27 тыс. человек. Здравоохранению Чеченской Республики оказана большая помощь в углубленном медицинском обследовании детей, проживающих в городках для вынужденных переселенцев. Специалисты штаба принимали участие в работах по восстановлению объектов здравоохранения Чеченской Республики.  С 16 апреля 2001 г. по 6 июля 2002 г. в г. Гудермесе Чеченской Республики работал полевой педиатрический госпиталь ВЦМК "Защита" на 50 коек. В 2002 г. в госпитале оказана помощь более 9,1 тыс. детей, проведено 914 хирургических операций.  С 5 февраля 2001 г. по настоящее время в ст. Орджоникидзевская работает полевой терапевтический госпиталь ВЦМК "Защита". С I января 2002 г. в госпитале была оказана помощь более 18,7 тыс. человек, проведено 430 хирургических операций.  За весь период проведения антитеррористической операции (с 1999 г.) на территории Чеченской Республики силами службы медицины катастроф оказана медицинская помощь более 170 тыс. человек, из них более 64 тыс. детям, 3 тыс. военнослужащим. В сложных полевых условиях проведено более 4,4 тыс. хирургических операций.  Вследствие сильных продолжительных дождей, прошедших в летний период 2002 г. на территории 9-ти субъектов Южного федерального округа произошли наводнения и затопления населенных пунктов, расположенных, на берегах рек (водоемов), в результате чего пострадало более 305 тыс. человек. За медицинской помощью обратилось 51,4 тыс. человек в том числе 11 тыс. детей. Из числа обратившихся более 4,3 тыс. человек госпитализировано, в том числе 855 детей. Наибольшее количество госпитализированных в Краснодарском крае - более 1,8 тыс. человек и в Ставропольском крае - более 1,6 тыс. человек. От наводнения погибло 169 человек, из них 11 детей.  Минздравом России в Южном федеральном округе, в г. Ставрополе, был создан штаб по ликвидации медицинских последствий ЧС.  Штаб Всероссийской службы медицины катастроф был переведен в режим чрезвычайной ситуации и осуществлял круглосуточное руководство и контроль за проводимыми мероприятиями. Представители Минздрава России и штаба ВСМК работали в основных районах чрезвычайных ситуаций (г.г. Ставрополь, Краснодар и др.).  В период ликвидации последствий наводнения с 19 июня по 6 ноября 2002 г. из зон затопления было эвакуировано более 106 тыс. человек. Возвращено в места постоянного проживания 98,3 тыс. человек. В местах временного размещения, где проживало 7,6 тыс. человек, была организована круглосуточная работа медицинских пунктов силами территориальных органов здравоохранения (привлечено 149 медицинских работников, в том числе 53 врача, работали 48 врачебно-сестринских бригад).  B 2002 г. в Южном федеральном округе сложилась сложная санитарно-эпидемиологическая обстановка из-за возникновения вспышек острых кишечных инфекций. В проведении санитарно-противоэпидемических мероприятий принимали участие формирования территориальных центров медицины катастроф Южного федерального округа под руководством сотрудников штаба ВСМК.  Для оказания помощи пострадавшим субъектам в Южный федеральный округ Всероссийским центром медицины катастроф "Защита" Минздрава России поставлено 12,0 т медицинского имущества на сумму около 2,7 млн. руб. Федеральным фондом обязательного медицинского страхования по территориальным программам перечислены субвенции на поддержание здравоохранения субъектов Южного федерального округа на общую сумму 125,5 млн. руб.  В целях повышения качества экстренной медицинской помощи пострадавшему в ЧС населению Российской Федерации при ВЦМК "Защита" создан институт проблем медицины катастроф (ИПМК), который выполняет важную задачу по непрерывной последипломной подготовке руководящих кадров здравоохранения и специалистов медицинских формирований СМК.  Таким образом, вопросы медицинского обеспечения населения, пострадавшего в результате стихийных бедствий, аварий и катастроф находят свое отражение в постоянном совершенствовании Минздравом России организационной структуры службы медицины катастроф, в консолидации действий органов управления, формирований и учреждений различных ведомств, входящих в состав ВСМК, разработке организационных основ создания и работы СМК местного и объектового уровней. В отчетном периоде продолжалась активная работа по созданию в субъектах Российской Федерации центров медицины катастроф (ЦМК), совершенствованию их организационно-штатной структуры и наращиванию материальной базы. В 2002 г. организационно оформлены и приступили к работе центры медицины катастроф в 7 субъектах Российской Федерации - в Республике Удмуртия, Кабардино-Балкарской Республике и Республике Бурятия, Ханты-Мансийском и Ненецком автономных округах, в Орловской и Ульяновской областях. В целом по Российской Федерации действуют 80 штатных территориальных центров медицины катастроф, 47 из них аккредитованы как самостоятельные учреждения здравоохранения со статусом юридического лица. Практически не приступили к созданию ЦМК органы управления здравоохранением Республика Тыва, Рязанская, и Кировская области, Коми-Пермяцкий, Таймырский, Чукотский, Эвенкийский, Агинского-Бурятский, Усть-Ордынский Бурятский автономные округа.  Положительно оценивается завершенная Минздравом Кабардино-Балкарской Республики работа по интеграции службы медицины катастроф, скорой медицинской помощи и санитарной авиации. Скорая медицинская помощь Республики Дагестан, г. Москвы и Свердловской области находится в оперативном подчинении директоров центров медицины катастроф. Этот передовой опыт активно внедряется в республиках Ингушетия, Северная Осетия- Алания, Калининградской, Волгоградской, Мурманской и ряде других областей.  Специалисты полевого многопрофильного госпиталя ВЦМК "Защита" в составе бригады МЧС России выезжали в Афганистан для оказания гуманитарной и медицинской помощи населению республики и населению, пострадавшему в результате землетрясения (март-апрель 2002 г.)  На сегодняшний день служба медицины катастроф на федеральном, региональном и территориальном уровнях имеет более 500 штатных формирований (госпитали, медицинские отряды, бригады экстренного реагирования и бригады специализированной медицинской помощи, в том числе постоянной готовности). В Республике Татарстан, Новгородской, Тульской, Пермской, Свердловской, Нижегородской и Новосибирской областях накоплен большой опыт по использованию в ЧС подвижных формирований - медицинских отрядов. Этот опыт заслуживает положительной оценки и может быть рекомендован для всех центров медицины катастроф при совершенствовании их организационно-штатной структуры.  Анализ по ликвидации медико-санитарных последствий захвата заложников в Москве 25 - 26 октября 2002 г. показал необходимость создания в субъектах Российской Федерации нештатных мобильных медицинских отрядов (специального назначения), способных в автономных условиях работы своевременно организовать сортировку и медицинскую помощь пораженным при различных террористических актах.  Служба медицины катастроф, решая новые задачи в Южном федеральном округе, в течение нескольких лет приобрела ценный опыт работы по медицинскому обеспечению населения в вооруженном конфликте.  До настоящего времени в системе Минздрава России функционируют две самостоятельные службы (служба медицины катастроф в мирное время и медицинская служба гражданской обороны, предназначенная главным образом, на военное время), имеющие схожие задачи. Эти службы создают и используют одну и ту же базу и медицинские кадры, руководствуются практически едиными основами организации медицинского обеспечения, что приводит к дублированию органов управления, затрудняет решение вопросов комплектования и подготовки кадров, а также материально-технического обеспечения. Такое положение не является оптимальным.  Учитывая решение заседания Межведомственной комиссии Совета Безопасности Российской Федерации (09.12.2002), назрела необходимость в интеграции медицинской службы гражданской обороны и службы медицины катастроф в единую систему медицинского обеспечения населения федеральную медицинскую службу гражданской обороны. Для этого целесообразно разработать научно обоснованную Концепцию по совершенствованию деятельности здравоохранения в военное время, учесть опыт успешно функционирующих в ликвидации медико-санитарных последствий ЧС мирного времени органов управления и формирований службы медицины катастроф федерального и территориального уровней. Особое внимание возможно уделить развитию материально-технической базы и повышению готовности к реагированию и функционированию службы медицины катастроф территориального уровня, так как территориальные центры медицины катастроф целесообразно использовать в военное время в качестве органов управления медицинскими формированиями на догоспитальном этапе.  **Организация специальной подготовки здравоохранения.** Основные усилия в работе по специальной подготовке здравоохранения были направлены на разработку мобилизационных планов здравоохранения на новый расчетный год и проведение мероприятий по развитию и совершенствованию деятельности Федеральной медицинской службы гражданской обороны.  Для органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации подготовлены методические рекомендации по разработке планов на особый период, обобщены данные по заготовке и переработке донорской крови и её компонентов, определена номенклатура и объемы накопления медикаментов, медицинского, санитарно-хозяйственного и другого имущества, препаратов иммунобиологической продукции в специальном резерве.  Подготовлен ряд нормативно-правовых актов, направленных на повышение уровня мобилизационной готовности здравоохранения, в частности, разработано постановление Правительства Российской Федерации от 14 марта 2002 г. № 153-12 "Об утверждении Положения об отводе, приспособлении и оборудовании зданий, предназначенных для развертывания специальных формирований Министерства здравоохранения Российской Федерации в период мобилизации и в военное время".  Разработанное постановление Правительства Российской Федерации предусматривает отвод зданий и помещений лечебно-профилактических учреждений независимо от их ведомственной принадлежности и формы собственности (госпитали ветеранов войн, санатории, дома отдыха, профилактории и т.д.), что значительно упрощает развертывание спецформирований, укомплектование их персоналом, уменьшает финансовые затраты на проведение приспособительных работ, изменяет подходы к созданию мобилизационных запасов медицинского и санитарно-хозяйственного имущества.  Проведенное тактико-специальное учение в Калининградской области в ноябре 2002г. по развертыванию специального формирования на базе местного санатория, подтвердило реальность требований вышеуказанного постановления.  На базе органов управления здравоохранением Москвы и Московской области, г. Санкт-Петербурга и Ленинградской области проведены исследовательские учения "Возможности отряда первой медицинской помощи новой организационно-штатной структуры по оказанию раненым и пораженным первой врачебной помощи", которые явились первым шагом в работе по развитию и совершенствованию деятельности Федеральной медицинской службы гражданской обороны, на период 2002 - 2005 г.г.  Результаты учений показали, что отряд первой врачебной помощи мобилен, может формироваться одним лечебно-профилактическим учреждением без привлечения дополнительных сил и средств других учреждений и способен выполнять возложенные на него задачи в установленные сроки.  **Медицинское страхование**  В посланиях Президента Российской Федерации В.В. Путина Федеральному Собранию Российской Федерации поставлена задача "подготовки законодательной базы для завершения перехода к страховому принципу оплаты медицинских услуг, медицинской помощи".  Преимущество этого способа финансирования в том, что он позволит производить оплату медицинской помощи в лечебно-профилактических учреждениях с максимальным учетом фактически выполненного объема работ и создаст экономические и материальные стимулы к расширению объемов оказания качественной лечебной и профилактической медицинской помощи.  Основным нормативным документом, регулирующим и определяющим основные параметры системы обязательного медицинского страхования (ОМС), является принимаемая в рамках Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи (постановления Правительства Российской Федерации от 11.09.98 № 1096, в редакции от 26.10.99 № 1194, от 29.11.2000 № 907 и от 24.07.2001 № 550) Базовая программа обязательного медицинского страхования.  Программа государственных гарантий, как и ее составная часть - Базовая программа ОМС, направлены на повышение структурной эффективности отрасли посредством проведения постепенного сокращения объемов дорогостоящей стационарной и скорой медицинской помощи и перенесения части этой помощи на амбулаторно-поликлинический уровень.  В соответствии с Программой государственных гарантий большая часть стационарной и амбулаторно-поликлинической помощи должна оказываться в рамках Базовой программы ОМС и, соответственно, большая часть финансовых средств на эти цели (не менее 65%) должна быть сосредоточена в системе ОМС.  На сегодняшний день соотношение между двумя источниками финансирования обратное (39% - средства ОМС и 61% - бюджетные средства). При этом наблюдается дефицит финансирования Базовой программы ОМС.  За 2001г., при потребности средств ОМС на финансирование Базовой программы ОМС 145,9 млрд. руб., в систему поступило 88,9 млрд. руб. В 2002 г. в систему ОМС поступило 127,9 млрд. руб.  В 2002г. особое внимание было уделено деятельности территориальных фондов ОМС по обеспечению контроля за своевременным и полным перечислением плательщиками страховых взносов на ОМС неработающего населения, реструктуризации и погашению задолженности по страховым взносам на ОМС неработающего населения в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 23.08.2001 № 624 "О проведении реструктуризации задолженности плательщиков страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения, имеющейся по состоянию на I января 2001 г."  Важным направлением деятельности в 2002г., как и раньше, остается реализация конституционных прав граждан на получение бесплатной медицинской помощи в рамках Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи (Программа госгарантий). При этом особый акцент в 2002г. был сделан на проведение реструктуризации объемов медицинской помощи в субъектах Российской Федерации в соответствии с показателями объемов определенные Программой госгарантий. К сожалению, до настоящего времени Программа госгарантий не в полной мере выполняется территориями в части ее финансового обеспечения и оптимизации объемов медицинской помощи в сторону развития амбулаторно-поликлинического звена.  Анализ объемов оказанной медицинской помощи в рамках Программы госгарантий в 2002г. свидетельствует о:  - соответствии объемов оказанной медицинской помощи в рамках Программы госгарантий структуре и показателям заболеваемости населения Российской Федерации;  - необходимости активизации деятельности в части сокращения объемов предоставляемой стационарной помощи и переносе этих объемов в условия дневного стационара.  Следует отметить, что положение с финансированием Программы госгарантий имеет тенденцию к улучшению практически во всех субъектах Российской Федерации, но, при этом, еще далеко до полного финансового обеспечения Программы госгарантий в разрезе субъектов Российской Федерации.  По расчетам подушевой норматив финансирования Программы госгарантий в 2002г. должен составить 1544,5 руб., а полная стоимость Программы - 224,8 млрд. руб.  По федеральным округам Российской Федерации наибольшее увеличение подушевого финансирования отмечается в Центральном - 35%, далее идут Южный - 28%, Приволжский - 16%, Северо-Западный - 15%, Сибирский - 14%, Дальневосточный - 12% и Уральский - 11%.  Для достижения основных целей функционирования системы ОМС, разрешения стоящих перед ней задач и выявленных проблем Минздравом России осуществляется комплекс мер.  Так, одним из действенных механизмов координационного управления в здравоохранении является заключение и реализация трехсторонних соглашений между Минздравом России, Федеральным фондом обязательного медицинского страхования и органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации по вопросам обеспечения населения медицинской помощью.  Заключение соглашений способствует решению следующих задач по:  -обеспечению соответствия гарантируемых объемов бесплатной медицинской помощи гражданам и необходимых для их реализации финансовых ресурсов;  -введению единой системы планирования финансовых ресурсов здравоохранения (бюджетных средств и средств ОМС);  -определению уровня подушевого финансирования, необходимого для выполнения программы государственных гарантий на территории конкретного региона, определяемого в зависимости от состояния здоровья населения, его половозрастной структуры;  -повышению эффективности использования общественных средств для оказания населению бесплатной медицинской помощи, так как предусматривает достижение определенных целей для каждого региона (предусматривает задания по постепенному внедрению стационарозамещающих технологий, расширению услуг амбулаторно-поликлинического звена и др.);  -установлению обязательств органов исполнительной власти всех уровней по реализации данной программы, включая заранее оговоренные размеры платежей на неработающее население.  Таким образом, реализация соглашений сопровождается целевым финансированием, укреплением материальных ресурсов и четким определением ответственности сторон за соблюдение конституционных прав граждан на охрану здоровья. На конец 2002г. такие соглашения имеются с 43 субъектами Российской Федерации.  Для обеспечения единых принципов финансирования медицинской помощи, оказываемой в рамках системы ОМС и в рамках бюджетного финансирования, а также в соответствии с Планом действий Правительства Российской Федерации по реализации в 2002г. основных положений Программы социально-экономического развития Российской Федерации на среднесрочную перспективу (2002-2004 годы), Минздравом России, при участии заинтересованных министерств и ведомств, подготовлен и представлен в Правительство Российской Федерации проект постановления Правительства Российской Федерации по вопросу: перехода на систему заказов и договоров с медицинскими организациями на оказание гражданам бесплатной медицинской помощи "О порядке формирования, финансирования и контроля за исполнением заказов на реализацию государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи".  Правовой основой формирования заказов организациям здравоохранения на оказание гражданам бесплатной медицинской помощи служит Бюджетный кодекс Российской Федерации, который вводит понятие государственных, муниципальных услуг, как услуг, предоставляемых гражданам бесплатно и безвозмездно за счет средств бюджетов всех уровней, бюджетов государственных внебюджетных фондов.  В здравоохранении к государственным, муниципальным медицинским услугам, оказываемым бесплатно гражданам Российской Федерации, относятся услуги, оказываемые в рамках Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, в соответствии со ст. 20 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан.  Формирование заказов в виде заданий для организаций здравоохранения по выполнению необходимых объемов бесплатной медицинской помощи позволит обеспечить прозрачность финансовых потоков в здравоохранении и выполнение гарантированных объемов бесплатной медицинской помощи.  Кроме того, будут созданы необходимые условия для реструктуризации предоставляемой бесплатной медицинской помощи за счет приведения мощностей лечебных учреждений, финансируемых за счет бюджетов всех уровней и обязательного медицинского страхования, к объемам заказа.  Логика закона о медицинском страховании предусматривала изменение статуса медицинских учреждений. Они должны были стать самостоятельными хозяйствующими субъектами и получать финансовые средства по результатам выполненной работы, а не находиться на содержании соответствующих органов управления здравоохранением вне зависимости от того, как эти учреждения работали.  Наименьшие изменения произошли на уровне медицинского учреждения. Внедрение закона о медицинском страховании никак не повлияло на статус производителей медицинских услуг. Медицинские учреждения не стали самостоятельно хозяйствующими субъектами и лишь частично финансируются через систему ОМС, в зависимости от количества и качества произведенных медицинских услуг.  Для решения этой проблемы, при активном участии Минздрава России, был разработан проект закона "О специализированной государственной (муниципальной) некоммерческой организации", направленный на расширение прав и экономической самостоятельности медицинских учреждений. Законопроект был внесен в Правительство Российской Федерации осенью 2002г.  Введение страховых способов оплаты медицинской помощи в здравоохранении требует более внимательного подхода к проблеме формирования цен на медицинские услуги в системе ОМС по видам медицинской помощи и заболеваниям.  Основными направлениями работы в области ценообразования на медицинские и иные услуги в системе обязательного медицинского страхования являются установление единых принципов расчета тарифов, определение структуры тарифа, разработка методических подходов к расчету тарифа, определение критериев выбора способа оплаты медицинской помощи, оказываемой лечебно-профилактическими учреждениями по программам обязательного медицинского страхования.  C целью оптимизации расходов на медицинскую помощь и контроля за финансовыми потоками в системе ОМС проводится работа по формированию и ведению актуализированной базы данных застрахованных на основе введенного в 2000г. идентификационного номера страхового медицинского полиса ОМС.  Минздравом России и ФОМС осуществляется совместная работа с органами управления здравоохранением по вопросам лицензирования и аккредитации медицинских учреждений с целью оптимизации структуры медицинских учреждений и обеспечения населения качественной медицинской помощью в рамках территориальных программ государственных гарантий.  Основным нормативным правовым актом, требующим безотлагательной доработки и принятие в 2003 г., является федеральный закон "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации", предусматривающий законодательное закрепление источников финансового обеспечения оказания гарантированной бесплатной медицинской помощи населению Российской Федерации в системе ОМС, а также приведение в соответствие норм Закона с принятыми позднее нормативными правовыми актами, в том числе Налоговым, Бюджетным, Гражданским кодексами Российской Федерации и др.  Разработаны проект Концепции модернизации системы обязательного медицинского страхования в Российской Федерации и проект закона "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации".  Проект Концепции модернизации системы обязательного медицинского страхования в Российской Федерации в частности предполагает усовершенствование системы финансирования обязательного медицинского страхования, предусматривающее:  - применение механизмов, стимулирующих субъекты Российской Федерации к полному выполнению обязательств по страхованию неработающего населения, проживающего на территории данного субъекта;  - формирование финансовых резервов способных эффективно обеспечить выравнивание условий финансирования программ обязательного медицинского страхования в разрезе субъектов Российской Федерации;  - увеличение доли единого социального налога, направляемого в систему обязательного медицинского страхования.  Формирование механизмов эффективного расходования средств обязательного медицинского страхования предполагается проводить путем:  - изменения правового режима средств обязательного медицинского страхования, передаваемых страховым медицинским организациям;  - разработки новых подходов к формированию Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, сделав ее реальным инструментом обеспечения эффективности в получении медицинской помощи.  Определение единого порядка движения финансовых средств в системе обязательного медицинского страхования будет проводиться на основе:  - формирования единого источника для оплаты медицинской помощи, который позволит осуществлять финансирование медицинской организации только с учетом оказываемых объемов медицинской помощи;  - разработки унифицированных способов оплаты медицинской помощи;  - доступности информации по использованию ресурсов системы обязательного медицинского страхования.  Уточненный проект концепции реформирования системы обязательного медицинского страхования, рассмотренный на совещании у Председателя Правительства Российской Федерации М.М. Касьянова 22 января 2003г. по вопросу подготовки проекта федерального закона об обязательном медицинском страховании, конкретизирует механизм поэтапности введения обновленной ОМС, а именно:  - заключение многостороннего Соглашения по осуществлению платежей на ОМС неработающего населения;  - софинансирование платежей на неработающее население из средств федерального бюджета, в частности из средств Пенсионного фонда;  - расширение охваченных категорий застрахованных;  - налоговые льготы при заключении договоров добровольного медицинского страхования;  - активизация усилий по реструктуризации бюджетной сети здравоохранения.  Совместная скоординированная работа органов законодательной и исполнительной власти, органов управления здравоохранением, территориальных фондов ОМС, страховых медицинских организаций и других заинтересованных структур, позволит обеспечить конституционные права граждан на получение медицинской помощи надлежащего качества по Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи.  **Лицензирование, стандартизация**  Главными стержневыми элементами построения системы управления качеством в здравоохранении являются развитие стандартизации и лицензирования.  Основными направлениями развития функциональной стандартизации, обеспечивающими реализацию положений Концепции развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации, стали:  - стандартизация в области медицинских услуг и оказания медицинской помощи  - стандартизация в области лекарственного обеспечения.  Система стандартизации в области оказания медицинской помощи развивает положения современных направлений организации здравоохранения: медицины, основанной на доказательствах и клинико-экономического анализа.  Система стандартизации является оптимальным способом информирования врача о современных достижениях медицины, устанавливающая научные обоснования ориентирам качества, в рамках которых происходит взаимодействие врача и пациента. В результате Россия оказалась в числе стран-лидеров, принявших данные концепции на государственном уровне: Великобритании, Австралии, Канады, Нидерландов, опередив такие страны, как США, Германия, Франция и др.  В 2002 году были утверждены первые протоколы ведения больных:  · ОСТ 91500.11.0003-2002 "Протокол ведения больных. Сердечная недостаточность".  · ОСТ 91500.11.0001-2002 "Протокол ведения больных. Пролежни".  Эти протоколы наряду с всесторонней экспертизой в Минздраве России, были рассмотрены Минюстом России. Документы впервые ввели в нормативную базу такие разделы, как обязательный объем медицинской помощи, расчет стоимости медицинской помощи, форму информированного согласия больных, формы мониторирования эффективности протоколов, формулярные статьи на лекарственные средства и т.д. В настоящее время в Минздраве находится еще 4 протокола (реабилитация больных с наркоманией, профилактика тромбоэмболии легочной артерии, чесотка, дисбактериоз), подготовлены к утверждению протоколы "Артериальная гипертония", несколько документов по заболеваниям, передающихся половым путем. Всего в разработке более 70 протоколов ведения больных.  Создание системы стандартизации в здравоохранении предусматривает появление на всех уровнях органов, занимающихся стандартизацией. На федеральном уровне с 1998г. функционирует Экспертный совет Минздрава России по стандартизации в здравоохранении. Ежеквартально Экспертный совет рассматривает предложения групп разработчиков нормативных документов и принимает готовые отраслевые стандарты и классификаторы.  В соответствии с приказом Минздрава России от 31.01.01г. № 18, в половине субъектов Российской Федерации были созданы отделы по стандартизации, и появились уполномоченные по качеству. Наиболее активно координирование работ по стандартизации поставлено в Самарской области, в Пскове, в Адыгее, Ханты-Мансийске, Хабаровске, Воронеже. Созданные отделы по стандартизации организуют взаимодействие по разработке и применению территориальных стандартов, стандартов предприятий, однако вертикаль взаимодействия федеральный стандарт - территориальный стандарт не создана.  Одной из проблем организации работ по стандартизации, особенно на уровне субъектов Российской Федерации, является отсутствие подготовленных специалистов. В 1999г. была разработана и утверждена Программа тематического последипломного образования вопросам стандартизации в здравоохранении. Подготовкой специалистов по этой программе занимаются в основном в НИИ Общественного здоровья и управления здравоохранением ММА им. И.М. Сеченова. По данным опроса более 40%, специалистов по стандартизации, работающих в органах управления здравоохранением и территориальных фондах ОМС было подготовлено на базе этого института. Однако, это количество специалистов неизмеримо мало по сравнению с существующей потребностью, в связи с чем необходимо предпринять усилия по расширению числа организаций, преподающих вопросы стандартизации.  Система стандартизации предусматривает резкое повышение роли врача, вооруженного всей совокупностью современных знаний и технологий. Наряду с врачом повышается и роль медицинской сестры, восстанавливаются утраченные ею позиции в оказании медицинской помощи. Медицинская сестра должна принимать самостоятельные ответственные решения, касающиеся ведения больных.  Нужно активизировать работы по стандартизации процедур сестринского ухода за больными. Развитие сестринских технологий снизит для государства бремя расходов за тяжелобольными, повысит эффективность реабилитационных мероприятий. Первый опыт уже имеется в различных регионах: Санкт-Петербурге, Воронеже и др.  Еще одна область стандартизации, которой уделяется незаслуженно мало внимания - вопросы диетического питания. Практически диетпитание за последние годы прекратила свое существование.  В настоящее время имеется множество продуктов питания и пищевых добавок сбалансированных по многим показателям, появились отечественные разработки продуктов на основе сои, пробиотики и т.д. Однако востребованность их, со стороны медицинских учреждений, крайне низка, стандартов их применения нет. Вместо этого на рынке огромное число биологически-активных добавок - по сути - лекарственных средств, чья эффективность и безопасность никогда не проверялись. Здесь необходимо наводить порядок, заставить регистрировать лекарства как лекарства, проверяя эффективность питательных смесей и добиваться их повсеместного использования в практике.  Важным направлением стандартизации является область лекарственного обеспечения. Среди документов системы стандартизации в здравоохранении, утвержденных в 2002 году два важнейших отраслевых стандарта:  · ОСТ 91500.14.0001-2002 "Клинико-экономические исследования. Общие положения."  · ОСТ 91500.05.0004-2002 "Порядок организации работы по формированию перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств".  Эти нормативные документы необходимы в повседневной деятельности Формулярного комитета Минздрава России. Комитет анализирует предложения по включению или исключению лекарственных средств в Перечень жизненно-необходимых и важнейших лекарственных средств, формирует Перечень. В 2002г. рассмотрено 44 предложений, 21 лекарственное средство включено в Перечень, раскрыта группа иммунобиологических препаратов. Результатом работы Формулярного комитета Минздрава России явился Перечень, утвержденный распоряжением Правительства Российской Федерации 425р от 04.04.2002.  Перечень жизненно-необходимых и важнейших лекарственных средств, согласно Программе государственных гарантий обеспечения населения бесплатной медицинской помощью, является основой для проведения закупок лекарственных средств в рамках реализации целевых государственных программ оказания помощи и программы ОМС.  Наряду с Перечнем жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств Формулярный комитет Минздрава России приступил к формированию Перечня лекарственных средств безрецептурного отпуска. Разработан проект соответствующего отраслевого стандарта, гармонизированной с международной, в частности общеевропейской практикой, идет его апробация, в течение 2003г. он будет утвержден Минздравом России.  На конец 2002 года во всех субъектах Российской Федерации созданы органы, занимающиеся вопросами рационального лекарственного обеспечения.  В настоящее время правила работы этих комиссий регламентируются отраслевым стандартом, которым предписывается базироваться на принципах медицины, основанной на доказательствах и клинико-экономического анализа. Формулярная комиссия медицинского учреждения создается с целью разработки и постоянного обновления формулярного перечня лекарственных средств медицинского учреждения стационарного типа. В большинстве областных больниц страны эти формулярные комиссии уже работают, особенно активно развивается система в Ярославле, Ставропольском крае, Воронеже, Хабаровске.  Следует отметить низкую активность по внедрению стандартов, которые необходимо было создать в развитие ОСТ 91500.05.0002.2001 "Государственный информационный стандарт лекарственного средства. Основные положения.". В 2001г. подготовлен комплекс стандартов, однако утверждение их затягивается. Необходимо наведение порядка в этом направлении.  Определенная работа выполнена и в сфере стандартизации службы крови. Разработан и утвержден ОК 91500.18.0001-2001 "Консервированная кровь человека и ее компоненты", Минздравом России утверждена "Инструкция по применению компонентов крови" (Приказ № 363 от 25.11.2002). Впервые при разработке Инструкции использовался отраслевой классификатор. Впервые в нашей стране выпущен документ ОСТ 91500.07.0001-2002 "Салоны автомобилей скорой медицинской помощи и их оснащение. Общие технические требования" (приказ Минздрава России от 14.10.02 № 313), содержащий медицинские профессиональные требования к оборудованию. Документ станет поворотным моментом в разработке медицинской техники, так как врачи смогут, пользуясь методологией стандартизации, сформулировать свои потребности в медицинской технике. Подготовлено несколько отраслевых стандартов в сфере обеспечения рентгенологической службы.  Одним из важнейших направлений развития стандартизации стало внедрение новых схем лицензирования в здравоохранении.  На основании Федерального закона РФ от 08.08.2001 № 128-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности" и постановлениями Правительства Российской Федерации от 11.02.2002 № 135 "О лицензировании отдельных видов деятельности" и от 4 июля 2002 г. № 499 "Об утверждении Положения о лицензировании медицинской деятельности" изменился порядок проведения лицензирования медицинской деятельности. Лицензирование медицинской деятельности осуществляет Минздрав России. Федеральный закон "О лицензировании отдельных видов деятельности" № 128-ФЗ от 08.08.2001г. делает акцент на защите интересов граждан России в получении безопасных и качественных услуг без нанесения ущерба для его здоровья. В статье 3 Закона обозначены основные принципы осуществления лицензирования. Это:  · обеспечение единства экономического пространства на территории Российской Федерации;  · установления единого перечня лицензируемых видов деятельности;  · установление единого порядка лицензирования на территории Российской Федерации.  · установление лицензионных требований и условий положениями о лицензировании конкретных видов деятельности;  · гласность и открытость лицензирования;  · соблюдение законности при осуществлении лицензирования.  С 4 июля 2002г. Минздрав России в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации №499 "Об утверждении Положения о лицензировании медицинской деятельности" имеет следующие полномочия:  · предоставление лицензий;  · переоформление документов, подтверждающих наличие лицензий;  · приостановление действия лицензий;  · возобновление действия лицензий;  · аннулирование лицензий;  · ведение реестра лицензий;  · контроль соблюдения лицензиатами при осуществлении лицензируемых видов деятельности соответствующих лицензионных требований и условий.  Согласно этому постановлению медицинская деятельность включает в себя выполнение медицинских работ и услуг по оказанию доврачебной, скорой и неотложной, амбулаторно-поликлинической, санаторно-курортной, стационарной (в том числе дорогостоящей специализированной) медицинской помощи по соответствующим медицинским специальностям, включая проведение профилактических медицинских, диагностических и лечебных мероприятий, медицинских экспертиз, применение методов традиционной медицины и заготовку органов и тканей в медицинских целях.  Данное определение потребовало формирование новой номенклатуры работ и услуг по оказанию соответствующей медицинской помощи, необходимой для полноценной реализации постановлений Правительства Российской Федерации, регламентации организационной деятельности всех секторов здравоохранения (государственной и негосударственной форм собственности, частных предпринимателей и др.) с целью контроля их деятельностью и качеством оказания ими работ и услуг.  Указанный перечень и Положение о Центральной комиссии Министерства здравоохранения Российской Федерации по лицензированию медицинской деятельности утверждены приказом Минздрава России от 26.07.2002 №238 (зарегистрировано Минюстом России 11.10.2002 №3856). Этим же приказом определены принципы передачи полномочий органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации в форме Соглашений.  Предметом Соглашений является передача полномочий Минздрава России по лицензированию медицинской деятельности юридических лиц и индивидуальных предпринимателей, зарегистрированных на территории субъекта Российской Федерации, за исключением юридических лиц, осуществляющих медицинскую деятельность и находящиеся в ведении федеральных органов исполнительной власти, т.е. Минздрав России, лицензирует организации Минобороны, МВД, МПС и других министерств и ведомств и Российской академии наук и отраслевых академий наук осуществляющих работы и услуги по медицинской деятельности и лицензирования организаций, осуществляющих работы и услуги, лицензирование которых отнесено к исключительной компетенции Минздрава России (судебно-медицинская экспертиза, высокие технологии и т.д.).  Для осуществления переданных полномочий орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации создает Комиссию по лицензированию медицинской деятельности при органе управления здравоохранением субъекта Российской Федерации. При этом за Минздравом России остаются следующие функции:  · разработка нормативно-методических документов в области лицензирования медицинской деятельности и осуществление методического руководства по вопросам лицензирования и соблюдения лицензиатами лицензионных требований и условий;  · осуществление контрольных функций за исполнением документов, регламентирующих лицензирование медицинской деятельности;  · ведение единого реестра предоставленных, приостановленных, возобновленных, продленных и аннулированных лицензий на медицинскую деятельность;  · согласование назначения на должность председателя Комиссии по лицензированию медицинской деятельности.  Функциями органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации при получении ими полномочий по лицензированию медицинской деятельности являются:  · организация и контроль работы Комиссии по лицензированию медицинской деятельности;  · финансирование организации работ по лицензированию медицинской деятельности;  · контроль ведения лицензирующим органом реестра предоставленных, приостановленных, возобновленных, продленных и аннулированных лицензий на медицинскую деятельность;  · обеспечение ежеквартального представления в Министерство здравоохранения Российской Федерации информации о предоставленных, приостановленных, возобновленных, продленных и аннулированных лицензиях на медицинскую деятельность; На 31.12.2002г. Минздрав России передал свои полномочия по лицензированию медицинской деятельности 86 органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации и территориально-обособленному подразделению г. Байконур. На 10.02.2003г. не заключили Соглашения Коми-Пермяцкий автономный округ, Омская область, Кабардино-Балкарская Республика.  Данный механизм предусматривает ответственность, как федеральных органов исполнительной власти, так и органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации и позволяет, не нарушая законодательство, обеспечить единые подходы и принципы осуществления лицензирования медицинской деятельности на всей территории России.  В существующей сегодня структуре штатных расписаний лицензирующих органов врачебные должности занимают около 50%, инженерные около 8%, юристами занято 6% должностей, экономистами 4%, бухгалтерами 13%.  Проведение консультативной помощи соискателям лицензий является одной из важных и значимых функций лицензирующего органа. Ежегодно с консультативной помощью в лицензирующие органы обращается большое количество соискателей лицензии, из них 15% осуществляют деятельность в государственной системе здравоохранения, 34% в муниципальной системе здравоохранения, 37% в частной системе здравоохранения, 14,5% индивидуальных предпринимателей.  В структуре экспертных обследований по разделам видов медицинской деятельности основной объем приходится на амбулаторно-поликлиническую помощь - 48%, стационарную медицинскую помощь - 19%, диагностику -18%.  За лицензирующими органами остается право осуществления надзорных (контрольных) функций за соблюдением лицензионных требований и условий. Практика показывает, что инспекционные проверки являются действенным механизмом управления качеством. Так, за 2002 г. территориальными лициензионными органами проведено более 25 тыс. проверок за соблюдением лицензиатами лицензионных требований и условий. Выявлено 1,5 тыс. случаев нарушения лицензионных требований и условий, вынесено около 3% официальных предупреждений, в 1% случаев приостановлено действие лицензии, в 0,7% случаях лицензии были аннулированы.  Важным, в формировании системы управления качеством, является создание вертикали в лицензировании. Инспектирование лицензирующих органов субъектов Российской Федерации дает возможность оперативно корректировать работы по лицензированию, проводить мониторинг применения нормативных документов, соблюдения единых принципов применения лицензионных требований и условий.  Организация работ по лицензированию медицинской деятельности требует активного участия главных специалистов Минздрава России, в формировании пакета лицензионных требований и условий.  Лекарственное обеспечение  Одной из самых важных проблем в стране является лекарственное обеспечение. В настоящее время сложившаяся структура управления фармацевтическими организациями не обеспечивает выполнение ими всех задач по эффективному лекарственному обеспечению населения и лечебно-профилактических учреждений, выполнения государственных гарантий в этой области.  Лекарственное обеспечение в Российской Федерации осуществляют более 66 тыс. аптечных учреждений и около 7 тыс. предприятий оптовой торговли лекарственными средствами. Из общего числа аптек и аптечных пунктов около 60% государственные (муниципальные) учреждения, в оптовом звене их только 5%. В настоящий момент на российском фармацевтическом рынке упрочили позиции крупные компании, способные влиять на рыночную ситуацию, начали формироваться вертикальные маркетинговые системы, в состав которых входят аптечные склады и предприятия розничной торговли, а иногда и предприятия-производители лекарственных средств.  Особенностью современного этапа развития фармацевтического рынка следует считать появление аптечных сетей, формируемых, как правило, оптовыми предприятиями различных форм собственности или, значительно реже, российскими производителями. К настоящему времени аптечные сети заняли существенное место на рынке всех крупнейших городов России. В середине 2002 г. в них входило в зависимости от региона от 20 до 25% всех аптек. Формирование аптечных сетей идет как по пути приватизации старых аптек, так и создания новых.  Существенно расширился ассортимент лекарственных средств: число предлагаемых к реализации наименований лекарственных средств в настоящее время достигает 14000.  Вопросы лекарственного обеспечения населения, в том числе льготных категорий населения (инвалидов, ветеранов и др.) является одним из основных направлений деятельности Минздрава России в рамках программ государственных гарантий.  В настоящее время льготами по лекарственному обеспечению пользуются 21% населения, т.е. около 30 млн. человек. Из них примерно 17 млн. человек имеют право на бесплатное приобретение лекарственных средств, а остальные имеют право на 50% скидку. При этом количество инвалидов в России составляет примерно 11,4 млн. человек, а это 8 % от общего количества жителей России. На октябрь месяц 2002г. в целом по России процент ветеранов, пользующихся льготами по лекарственному обеспечению, составил 11% (за аналогичный период 2001г. - 13%). Высокий уровень этого показателя отмечался в Воронежской (34,6%), Рязанской (28%) областях, Красноярском крае (18%).  В последние годы усилия Минздрава России были направлены на осуществление мер и разработку предложений по организации в рамках государственных гарантий бесперебойного обеспечения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения льготных категорий граждан.  По расчетам Минздрава России на выполнение гарантий льготного лекарственного обеспечения необходимо не менее 10 млрд. рублей (в ценах 2001г.). Реально на эти цели в прошлом году было выделено за счет средств бюджетов всех уровней 4,5 млрд. рублей.  По данным Минздрава России за 9 месяцев 2002г. средняя стоимость бесплатного рецепта возросла на 3,9% и составила 96 руб. 40 коп., средняя стоимость льготного рецепта возросла на 2,2% и составила 48 руб. 95 коп. При этом стоимость бесплатного рецепта в регионах России колебалась от 53 руб. 11 коп. в Курганской области до 224 руб. в Сахалинской области; льготного рецепта - от 18 руб. 28 коп. в Алтайском крае до 129 руб. в Сахалинской области.  Процент удовлетворения потребности в лекарственных средствах (от числа обратившихся) составил 90% (в 2001г. - 78,1%). Значительно ниже среднего уровня этот показатель в Республике Мордовия - 54%. Высокий уровень обеспечения населения по льготным и бесплатным рецептам наблюдался в Ямало-Ненецком АО (100%), Самарской области (100%), Ставропольском крае (100%) и Республике Башкортостан (99%).  Выборочные проверки, проведенные в 2002 г. в республиках Ингушетия, Северная Осетия-Алания, Татарстан, Архангельской, Кемеровской, Липецкой, Пензенской, Смоленской, Ярославской областях показали в целом удовлетворительное состояние льготного лекарственного обеспечения ветеранов. Несмотря на существенную разницу в объемах финансирования лекарственных льгот, случаев необоснованных отказов в выписке льготных рецептов не выявлено.  Вместе с тем, в ходе проверок повсеместно было отмечено, что средства, выделяемые из федерального бюджета на выравнивание в регионах условий выполнения льгот, в том числе лекарственного обеспечения, направляются без целевого назначения по видам дотируемых льгот и расходуются по решению глав администраций в большинстве случаев на выполнение иных льгот, установленных Федеральным законом "О ветеранах" (оплата коммунальных услуг, проезд на транспорте и пр.).  Минздрав России полагает более обоснованным при квотировании средств, направляемых регионам на выполнение Федерального закона "О ветеранах", выделять ассигнования на выполнение лекарственных льгот непосредственно органам управления здравоохранения субъектов Российской Федерации, что позволит более полно удовлетворить потребность населения в лекарствах и рационально расходовать средства федерального бюджета.  В вопросах лекарственного обеспечения льготных категорий населения требуется решение ряда проблем, связанных с совершенствованием нормативной базы в сфере оборота лекарственных средств, финансирование мероприятий на указанные цели, порядка назначения лекарственных средств. Требуется принятие более жестких мер регулирования отношений в сфере обращения лекарственных средств. С этой целью необходимо внести изменения и дополнения в уже принятые Федеральные законы "О лекарственных средствах", "О наркотических средствах и психотропных веществах".  В субъектах Российской Федерации составляются территориальные формуляры лекарственных средств на основе федерального формуляра, ежегодно обновляемого и дополняемого по мере необходимости специалистами Формулярного комитета Минздрава России. Федеральный формуляр содержит свыше 700 непатентованных наименований лекарственных средств, или свыше 3,5 тыс. торговых наименований. Этой номенклатуры лекарств достаточно для лечения практически всех заболеваний.  К сожалению, дефицит средств бюджетов всех уровней и обязательного медицинского страхования не позволяет в достаточной мере гарантировать выполнение федеральных законов, устанавливающих право отдельных категорий граждан на получение лекарственных средств на льготных условиях при амбулаторном и стационарном лечении.  Минздрав России принимает все необходимые меры для обеспечения доступности лекарственной помощи для населения.  С этой целью в рамках реализации единой государственной политики в области лекарственного обеспечения происходит совершенствование нормативной базы в области обращения лекарственных средств, а также осуществляются централизованные закупки лекарственных средств, расширяется номенклатура закупаемых лекарственных средств, что позволяет улучшить обеспечение отдельных категорий больных необходимыми медикаментами.  Минздрав России осуществляет централизованные закупки лекарственных средств для субъектов Российской Федерации в рамках утвержденных Правительством Российской Федерации федеральных целевых программ, а также закупает дорогостоящие препараты для лечения отдельных категорий заболеваний для лечебных учреждений федерального подчинения.  За счет средств федерального бюджета Минздравом России проводятся централизованные закупки лекарственных средств для субъектов Российской Федерации в рамках утвержденных Правительством Российской Федерации федеральных целевых программ, таких как "Предупреждение и борьба с заболеваниями социального характера", включающей подпрограммы "Сахарный диабет", "Неотложные меры борьбы с туберкулезом в России", "Анти-Вич/СПИД", а также вакцин для проведения профилактических мероприятий в рамках национального календаря профилактических прививок.  В 2002г. Минздравом России в рамках программы "Неотложные меры борьбы с туберкулезом в России" закуплены лекарственные средства на сумму 826 млн. руб. (в 2001г. - на сумму 681,2 млн. руб.).  В 2002г. Минздравом России на средства подпрограммы "Сахарный диабет" закуплены человеческие генноинженерные инсулины на сумму 404 млн. руб. и современные пероральные сахароснижающие препараты на 130 млн. руб.  В рамках программы "Анти-ВИЧ/СПИД" закуплены препараты на сумму 107 млн. руб. (в 2001г. - на сумму 95,1 мл. руб.). Кроме того, в 2002г. закуплены для учреждений здравоохранения субъектов Российской Федерации препараты простагландинов в рамках программы "Безопасное материнство" на сумму 23,6 млн. руб.  Для оказания лекарственной помощи при отдельных видах заболеваний Минздравом России закупаются дорогостоящие лекарственные средства, необходимые больным по жизненным показаниям, такие как иммунодепрессанты для лиц с пересаженными органами, онкопрепараты, препараты для лечения рассеянного склероза, препарат "Вазапростан".  За счет федеральных средств происходит обеспечение вакцинации детей в рамках национального календаря профилактических прививок.  В то же время объем произведенных закупок определяется финансированием и не в полном объеме обеспечивает потребность субъектов Российской Федерации и федеральных учреждений.  Минздрав России в настоящее время обеспечивает за счет средств федерального бюджета порядка 7-8% потребности в лекарственных средствах и медицинской техники в рамках реализации федеральных целевых программ. Закупки лекарственных средств и медицинской техники проводятся также за счет средств местных бюджетов, средств фондов ОМС и внебюджетных источников, однако, несмотря на это дефицит лекарств сохраняется.  Минздрав России в рамках возложенных на него задач, осуществляет экспертизу, стандартизацию, регистрацию, государственный контроль и сертификацию лекарственных средств как отечественного, так и зарубежного производства, а также участвует в контроле за обращением медицинских изделий.  Государственная регистрация является одним из важнейших этапов в обеспечении потребителя качественными, эффективными безопасными лекарственными средствами.  Во исполнение постановления Правительства Российской Федерации № 782 "О государственном регулировании цен на лекарственные средства" Минздравом России по состоянию на 01.11.2002 г. зарегистрированы отпускные цены производителей на 4236 лекарственных средств. Минздрав России ведет Государственный реестр отпускных цен производителей на лекарственные средства и ежемесячно направляет информацию о зарегистрированных ценах в органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации.  В целях обеспечения большей прозрачности в системе экспертизы лекарственных средств, сокращения неоправданно длительных сроков рассмотрения материалов, представленных заявителем для государственной регистрации, устранению неоправданных технических барьеров в этой сфере, Минздравом России уже проведено и планируется ряд мероприятий:  - внесение изменений в Федеральный закон "О лекарственных средствах";  - усиление контроля за проведением экспертизы подведомственными Минздраву России учреждениями;  - издание государственной Фармакопеи Российской Федерации, гармонизированной с Американской фармакопеей (USP) и Британской фармакопеей (ВР);  - пересмотр Правил клинической практики.  Проведена реорганизация НЦ ЭГКЛС Минздрава России и на его базе создано ФГУ "Государственный научный центр экспертизы средств медицинского применения" (приказ Минздрава России от 05.04.2002 №113), а 20.11.2002 подписан приказ №352 "Об утверждении Положения об ускоренной регистрации лекарственных средств".  В сложившихся условиях особое значение приобретает организация производства и контроля качества лекарственных средств, выпускаемых предприятиями-производителями в соответствии с отраслевым стандартом GMP, утвержденным Минздравом России в 1998 г. и поэтапный переход российских предприятий на GMP в полном объеме до 31 марта 2005 г., а для предприятий, производящих субстанции - до 2008 г.  Во исполнение Федерального закона от 08.08.2001 № 128-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности" вышло постановление Правительства Российской Федерации от 11 февраля 2002 № 135 "О лицензировании отдельных видов деятельности", разграничившее полномочия федеральных органов исполнительной власти по лицензированию конкретных видов деятельности. В соответствии с указанным постановлением лицензирование фармацевтической деятельности и видов деятельности, связанных с оборотом наркотических средств и психотропных веществ, находится в компетенции Минздрава России.  После введения нового законодательства за период с августа по декабрь 2002г. Минздрав России выдал 107 лицензий на фармацевтическую деятельность и 10 лицензий на виды деятельности, связанные с оборотом наркотических средств и психотропных веществ.  На основании принятых постановлений Правительства Российской Федерации от 1 июля 2002г. № 489 "Об утверждении Положения о лицензировании фармацевтической деятельности" и от 21 июня 2002г. № 454 "О лицензировании деятельности, связанной с оборотом наркотических средств и психотропных веществ" Минздрав России может делегировать полномочия по лицензированию вышеназванных видов деятельности органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации.  Минздрав России подготовил примерные соглашения по передачи части полномочий по лицензированию фармацевтической деятельности и видов деятельности, связанных с оборотом наркотических средств и психотропных веществ, и направил их органам исполнительной власти и органам управления фармацевтической деятельностью субъектов Российской Федерации. По состоянию на 5 декабря 2001 года подписано 207 соглашений по передаче полномочий по лицензированию вышеуказанных видов деятельности с 69 регионами Российской Федерации.  Минздравом России в течение 2002г. проведены проверки более 200 предприятий по производству лекарственных средств, аккредитованы лаборатории отделов контроля качества более 25% предприятий, имеющих лицензии на производство лекарственных средств, что положительно отразилось на уменьшении распространения на фармацевтическом рынке продукции ненадлежащего качества.  По сравнению с 2000г. количество забракованных в 2001г. лекарственных средств уменьшилось на 24%, в 2002г. эта тенденция продолжается.  В настоящее время проблема борьбы с производством и обращением фальсифицированных лекарственных средств становится одним из государственных приоритетов.  За период с 01.01.2002г. по декабрь 2002 г. выявлено 60 наименований фальсифицированных лекарственных средств, 166 серий.  Проблема фальсификации лекарственных средств является сложной и социально значимой и решение ее может быть успешным лишь при тесном взаимодействии Минздрава России и региональных органов управления здравоохранением, Министерства юстиции Российской Федерации, Министерства внутренних дел Российской Федерации, Федеральной службы безопасности Российской Федерации, Государственного таможенного комитета Российской Федерации, а также при активном участии медицинской и фармацевтической общественности страны, а также средств массовой информации и самих потребителей.  Приказом Минздрава России от 06.08.2001г. № 309 создана комиссия по борьбе с обращением фальсифицированных лекарственных средств, в состав которой вошли специалисты из Минздрава России, ФСБ России, ГТК России, МВД России, Минпромнауки России, Генпрокуратуры России.  В целях защиты прав и интересов потребителей и проведения единой политики в области обеспечения населения высококачественными и безопасными лекарственными средствами с 15 декабря 2002 г. на территории Российской Федерации вводится в действие "Правила проведения сертификации в Системе сертификации лекарственных средств Системы сертификации ГОСТ Р", утвержденные постановлением Госстандарта России от 24.05.2002г. №36 и зарегистрированные Минюстом России от 09.08.2002г. №3556.  Основной задачей контрольно-разрешительной системы Минздрава России на 2001-2005 годы и на период до 2010 года остается поэтапный переход от контроля к обеспечению качества лекарственных средств на всех этапах их обращения путем внедрения в Российской Федерации современных стандартов разработки, доклинической и клинической экспертизы, производства и реализации лекарственных средств, а также создание вертикальной структуры государственного регулирования в сфере обращения лекарственных средств.  Динамичные изменения, происходящие на фармацевтическом рынке, и в организации медицинской помощи оказывают влияние на сферу лекарственного обращения страны. Среди механизмов, которые могут существенно влиять на совершенствование технологии реализации лекарственных средств и упорядочение требований к организациям оптовой и розничной торговли лекарственными средствами является система стандартизации.  Стандартизация - неотъемлемое условие функционирования сферы обращения лекарственных средств, один из основных механизмов обеспечения требуемого уровня качества и безопасности продукции и услуг в интересах потребителя, применяемых во всех отраслях народного хозяйства.  Поэтому разработка федеральных нормативов, требований, стандартов, классификаторов становится одной из важнейших функций Минздрава России.  На конец 2002г. введены в действие 5 отраслевых стандартов: ОСТ 42-510-98 "Правила организации производства и контроля качества лекарственных средств (GMP); ОСТ 42-511-99 "Правила организации качественных клинических исследований (GСP); ОСТ № 91500.05.0001-2000 "Стандарты качества лекарственных средств. Основные положения"; ОСТ № 91500.05.0002-2001 "Государственный информационный стандарт лекарственных средств. Основные положения"; ОСТ № 91500.05.0005-2002 "Правила оптовой торговли лекарственными средствами. Основные положения".  Находятся на стадии утверждения в Минюсте России или подготовлены окончательные варианты проектов 7 отраслевых стандартов.  Федеральным законом от 28.12.2001г. № 179-ФЗ "О внесении изменений и дополнений в статьи 149 и 164 Части второй Налогового кодекса Российской Федерации" установлена единая ставка налога на добавленную стоимость на все лекарственные средства и изделия медицинского назначения в размере 10%. Кроме того, с 01.01.2002 г. отменена льгота на прибыль предприятий и организаций всех форм собственности, осуществляющих производство жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств, что вызвало крайнее недовольство со стороны руководителей многих предприятий и всплеск негативных публикаций в средствах массовой информации и спровоцировала рост цен на лекарственные средства.  Максимальный рост цен на медикаменты был отмечен в январе и феврале 2002г. (5,2% и 3,1% соответственно). Начиная с марта 2002г. темп роста цен на медикаменты стал замедляться, а в апреле-июне их рост стал ниже, чем на потребительские товары и услуги (0,8%; 0,4%; 0,3% против 1,2%; 1,7%; 0,5% соответственно).  Рост цен на медикаменты в I квартале 2002г., более значительный, чем на товары и услуги, был вызван в большей степени неадекватной реакцией участников фармацевтического рынка на введение НДС. Во II квартале 2002г. ситуация на фармацевтическом рынке стабилизировалась.  В соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 09.11.2001г. № 782 "О государственном регулировании цен на лекарственные средства" Минздрав России производит регистрацию предельных отпускных цен производителей на лекарственные средства по перечню жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств. По данным двенадцатого издания Государственного реестра цен на лекарственные средства зарегистрированы предельные отпускные цены производителей на 7492 ассортиментные позиции лекарственных средств с учетом форм выпуска, дозировки, упаковки, фасовки, фирм-производителей.  Органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации установлены уровни предельных оптовых и розничных торговых надбавок к отпускным ценам производителей на жизненно необходимые и важнейшие лекарственные средства. В соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 29.03.1999г. № 347 "О мерах государственного контроля за ценами на лекарственные средства" Минздрав России проводит ежемесячный мониторинг цен на жизненно необходимые и важнейшие лекарственные средства в субъектах Российской Федерации по выборочной номенклатуре.  Постановлением Госкомстата России от 09.03.2000г. № 19 утверждены формы федерального государственного статистического наблюдения, на основании которых Минздрав России, в том числе, проводит и ежеквартальный мониторинг цен по номенклатуре жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств.  **Медицинское образование и кадры**  Перспективы развития здравоохранения Российской Федерации в значительной мере зависят от состояния профессионального уровня и качества подготовки медицинских и фармацевтических кадров, как главного ресурса здравоохранения.  Основными направлениями Правительство Российской Федерации определяет выделение и поддержку ведущих вузов России, размещение на конкурсной основе государственного задания на подготовку специалистов с высшим профессиональным образованием, а также дальнейшее осуществление эксперимента по введению Единого государственного экзамена.  Действительно, сегодня назрела необходимость провести анализ всего того, что произошло в системе высшего образования, и внести соответствующие коррективы, направленные на восстановление престижа отечественной высшей школы в мире.  Указанные действия напрямую связаны с реализацией государственных образовательных стандартов профессионального образования для обеспечения требований, предъявляемых государством к подготовке кадров.  В то же время потенциал ряда вузов Минздрава России сдерживается существующими рамками. Именно эти вузы должны идти на шаг впереди, осуществляя разработку и реализацию экспериментальных планов и программ, элементы которых уже в доработанном варианте поступят в вузы для использования. Такая задача поставлена сегодня перед ведущими методистами высшей медицинской и фармацевтической школ.  Отнесение вузов к категории ведущих позволит провести объективную оценку состояния того или иного вуза, выявление тех или иных недостатков позволит определить пути решения проблем и оценить потенциальные возможности всего коллектива.  Постановлением Правительства Российской Федерации от 16.02.2001 № 119 "Об организации эксперимента по введению единого государственного экзамена" в нашей стране проводится работа по внедрению нового принципа отбора первокурсников.  Это обеспечит решение комплекса взаимосвязанных задач модернизации отечественной системы образования, в числе которых в первую очередь необходимо выделить:  · расширение доступности высшего образования, благодаря введению однотипных экзаменов для всех выпускников общеобразовательных школ и их параллельного участия в заочном конкурсном отборе сразу в нескольких вузах;  · совершенствование системы и практики финансирования вузов на основе рыночной состязательности между ними за прием лучших студентов;  · снижение психологической нагрузки на выпускников общеобразовательных учреждений за счет упразднения приемных экзаменов в вузы;  · объективизация и унификация требований к общеобразовательной подготовке поступающих в вузы;  · стимулирование деятельности педагогических коллективов общеобразовательных учреждений по улучшению качества учебного процесса за счет объективной и независимой сравнительной оценки результатов общеобразовательной подготовки выпускников школ.  Сразу необходимо отметить, что и в среде педагогических коллективов школ, училищ, вузов и в обществе в целом нет единого мнения о целесообразности внедрения в нашей стране этого метода отбора.  Правильная реализация отработанных подходов отбора профориентированных школьников в вузы, их постоянное совершенствование, по мнению большого количества специалистов, позволит более эффективно решать вопросы кадрового обеспечения работодателей специалистами с высшим образованием.  В последние годы Минздрав России уделяет большое внимание организации оптимальной системы по обеспечению не только субъектов Федерации, но и отдельных районов, в том числе и сельских, медицинскими кадрами. Одной из задач Минздрава России в 2002 г. и последующие годы - реализация постановления Правительства Российской Федерации от 04.10.2002 №749 "О конкурсах среди аккредитованных образовательных учреждений высшего профессионального образования на выполнение государственного задания по подготовке специалистов с высшим профессиональным образованием".  Указанное постановление принято в целях определения единых требований к условиям конкурсного размещения государственного задания по подготовке специалистов с высшим профессиональным образованием. Государство устанавливает, что средства федерального бюджета на подготовку специалистов будут размещены среди образовательных учреждений на конкурсной основе путем покупки конкретного вида образовательной услуги - подготовки специалиста с высшим профессиональным образованием. Учитывая, что законодательством Российской Федерации установлены государственные образовательные стандарты высшего профессионального образования по специальностям, оплата указанной услуги образовательному учреждению в виде выделения средств из федерального бюджета должна будет осуществляться в рамках их реализации. С ними связан и круг участников конкурса - основным требованием к участнику является наличие государственной аккредитации образовательного учреждения, процедура которой и предусматривает соответствие требованиям ГОС по специальностям.  Вузы, находящиеся в ведении Минздрава России, бесспорно будут участвовать в конкурсе, так как основным критериям они отвечают полностью.  Конкретные государственные задания по федеральным органам исполнительной власти, в ведении которых находятся вузы, будут распределены Межведомственной комиссией по формированию государственного задания на подготовку специалистов с высшим профессиональным образованием.  При получении Минздравом России государственного задания в целом планируется проведение конкурса.  Правительство Российской Федерации уточняет следующие критерии, с учетом которых должны приниматься решения конкурсной комиссией:  - кадровое и материально-техническое обеспечение образовательного процесса и уровень квалификации педагогических работников высшего учебного заведения;  - возможность высшего учебного заведения обеспечивать студентов учебной, учебно-методической литературой и иными информационными ресурсами;  - научный потенциал высшего учебного заведения и уровень проводимых им научных исследований;  - возможность высшего учебного заведения обеспечивать студентов местами в общежитиях, услугами общественного питания, медицинским обслуживанием.  Наибольшее значение будут иметь параметры, которые Правительство Российской Федерации предлагает учитывать при проведении конкурса:  - региональная и отраслевая потребность в специалистах с высшим профессиональным образованием;  - наличие в высшем учебном заведении целевой контрактной подготовки специалистов.  Для здравоохранения указанные вопросы имеют важное значение. На протяжении многих лет сохраняется выраженная диспропорция в обеспечении врачебными кадрами между регионами, особенно в трудонедостаточных районах и сельской местности.  Для обеспечения потребностей учреждений здравоохранения во всех вузах Минздрава России созданы центры содействия трудоустройству выпускников, которые осуществляют постоянную работу по предоставлению обучающимся и выпускникам информации о вакансиях в регионе, взаимодействию с управлениями здравоохранения субъектов Российской Федерации, непосредственно с работодателями.  Одним из путей решения проблем кадрового обеспечения отрасли в вузах Минздрава России является целевой прием абитуриентов. Суть его заключается в привлечении руководства заинтересованного субъекта Российской Федерации к подготовке требуемого количества специалистов с высшим образованием для указанного региона. Юридически указанные взаимоотношения оформляются 3-х сторонними договорами: между абитуриентом (в дальнейшем - студентом), вузом и органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации. Подготовка указанных специалистов осуществляется за счет средств федерального бюджета, однако, для привлечения к своему региону, руководство может предусматривать ряд социальных доплат или иных поощрений для студента. В то же время юридическое несовершенство указанных договоров позволяет рассчитывать в большей степени на моральный эффект со стороны выпускника, нежели на выполнение условий договора для избежания штрафных санкций по возврату затраченных субъектом Российской Федерации средств, а также за предоставление вузом льгот при поступлении.  Дефицит финансирования государственной и муниципальной систем здравоохранения, невысокий уровень оплаты труда его работников, определенные трудности, связанные с решением вопросов социальной защищенности медицинских кадров, т.е. социально-экономические условия труда медицинских работников до сих пор находятся в глубоком противоречии с элементарными человеческими запросами претендентов на вакансии в учреждениях отрасли и отрицательно сказываются на закреплении квалифицированных специалистов, способствуя их оттоку в другие отрасли.  В рамках действующего законодательства Российской Федерации Минздрав России активно использует целевую подготовку студентов из трудонедостаточных и отдаленных регионов. Юридической основой для подготовки специалистов с последующим закреплением на будущем месте работы является заключение договора между тремя сторонами - вузом, студентов и управлением здравоохранения субъекта Российской Федерации. Крайне важным при заключении указанных договоров является создание определенных социальных условий как на этапе обучения студента, так и по прибытии на место работы. Невыполнение этих условий снижает эффективность договорных отношений и не обеспечивает максимально возможный возврат молодых специалистов для работы в лечебно-профилактические учреждения в соответствии с договорами.  Опыт, накопленный вузами Минздрава России в этом направлении, позволяет сделать вывод о необходимости введения договорных отношений со студентами, обучающимися в рамках государственного задания на подготовку специалистов. Необходим четкий государственный механизм, позволяющий обязать с одной стороны выпускника отработать определенный срок в соответствии с потребностями государственной (муниципальной) систем здравоохранения, с другой стороны - обязать органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации обеспечивать необходимые условия для работы указанных специалистов.  Такие отношения сторон приобретают цивилизованный деловой характер и строятся на взаимных и общих интересах. За новыми договорными отношениями следует видеть, прежде всего, главную их суть - обеспечение потребностей здравоохранения страны и повышение качества медицинской помощи гражданам. Совершенствование юридической базы указанных договоров является одной из основных задач при реализации государственного задания на подготовку специалистов и позволит консолидировать усилия государственных органов власти (федеральной, субъекта федерации) и муниципальных образований для обеспечения адекватной кадровой политики в регионах и отрасли. Это напрямую связано с требованиями рынка труда: необходимость подготовки конкурентоспособных специалистов такого уровня и качества, которые отвечали бы текущим и перспективным потребностям общества. Это обеспечивается существующей системой высшего медицинского образования, структурными элементами которой являются материально-техническая база вуза, уровень профессорско-преподавательского состава, обеспечение учебно-методической литературой, государственные образовательные стандарты высшего профессионального образования, итоговая государственная аттестация выпускников. Кроме того, Минздравом России сохранена адекватная система послевузовского и дополнительного профессионального образования, позволяющая в сложных экономических условиях постоянно поддерживать достаточный уровень подготовки специалистов здравоохранения.  В основу стратегии развития медицинского образования Минздрав России заложил необходимость подготовки повышения квалификации специалистов отрасли с учетом потребности органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации в конкретных специалистах.  Проблемы интенсификации в системе здравоохранения, в первую очередь имеют отношение к медицинским кадрам, так как именно через деятельность персонала учреждений здравоохранения осуществляется само функционирование системы.  В настоящее время подготовка и повышение квалификации специалистов с высшим медицинским и фармацевтическим образованием в Российской Федерации осуществляется в 47 вузах (15 медицинских университетах и 32 медицинских и фармацевтических академиях), 4 медицинских академиях последипломного образования, 4 институтах усовершенствования врачей, на 52 факультетах повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов при медицинских (фармацевтических) вузах, научно-исследовательских институтов.  Общепризнано, что система дополнительного профессионального образования является наиболее гибкой и развивающейся подсистемой непрерывного образования, обеспечивающей социальную защищенность работников здравоохранения путем повышения уровня их квалификации для решения профессиональных задач и проблем. Роль дополнительного профессионального образования определяется его ответственностью за обновление и рост интеллектуального потенциала в обществе в лице руководителей специалистов всех уровней.  В связи с этим, одной из ключевых задач является осуществление мероприятий по целенаправленному развитию дополнительного образования специалистов здравоохранения в целях максимального удовлетворения потребностей различных категорий работников в совершенствовании профессиональных знаний на протяжении всей трудовой деятельности.  Необходимо отметить, что деятельность образовательных учреждений дополнительного профессионального образования осуществляется в условиях постоянно изменяющихся и возрастающих требований к профессионализму и компетентности специалистов всех уровней.  Обучение специалистов осуществляется в условиях, когда необходимо создавать новые учебные программы, использовать современные технологии обучения, вести специальную подготовку педагогических кадров для реализации инновационных отраслевых программ.  Укрепление связи дополнительного профессионального образования с органами управления здравоохранением субъектов Российской Федерации должно реализовываться через непосредственное участие образовательных учреждений и подразделений ДПО в решении задач развития лечебно- профилактических учреждений и организаций, повышения эффективности их работы через внедрение современных достижений науки и практики.  В системе профессиональной переподготовки и повышения квалификации в 2001 г. прошли подготовку 179,4 тыс. врачей, провизоров, других специалистов отрасли; в том числе в учреждениях дополнительного профессионального образования - 64,2 тыс.человек, на факультетах усовершенствования врачей и провизоров - 115,1 тыс.  Из общего числа врачей почти половина имеют квалификационные категории, около 70% - сертификат специалиста.  В целом образовательные учреждения (подразделения) системы повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов отрасли обеспечивали и обеспечивают подготовку врачей и провизоров, других работников здравоохранения по всем имеющимся специальностям с периодичностью, определяемой работодателем. Вместе с тем, в деятельности системы повышения квалификации и профессиональной переподготовки кадров имеются недостатки и нерешенные вопросы. Прежде всего это:  -отсутствие завершенной законодательной и нормативной базы, в том числе, определяющей мотивацию к повышению квалификации и профессиональной переподготовке специалистов;  -отсутствие эффективного взаимодействия органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации и образовательных учреждений (подразделений) дополнительного профессионального образования по учету, анализу состояния, определению потребности и планирования последипломного обучения специалистов и руководящих работников;  -несоблюдение органами управления и учреждениями здравоохранения сроков направления специалистов на усовершенствование знаний; пассивная позиция главных специалистов органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации в мероприятиях по непрерывному обучению кадров отрасли;  -недостаточно эффективное внедрение в учебный процесс научных разработок кафедральных коллективов, рекомендаций семинаров и конференций;  -узкотематические циклы на кафедрах без четкой ориентации на решение проблем практического здравоохранения. Создание маломощных кафедр, курсов с количеством преподавателей один-два человека;  -проведение краткосрочных выездных циклов с выдачей сертификатов специалистов; одновременное обучение на указанных циклах 50-60 человек;  -слабое взаимодействие медицинских академий, институтов усовершенствования врачей с факультетами повышения квалификации вузов; дублирование проводимых циклов, несогласованность проведения выездных циклов.  Необходимо постоянное совершенствование системы контроля качества подготовки специалистов на этапах послевузовского и дополнительного образования.  С целью дальнейшего совершенствования и развития системы послевузовского и дополнительного профессионального образования специалистов отрасли требуют решения следующие вопросы:  -необходима разработка новой модели взаимоотношений, регламентирующих рациональное использование специалистов отрасли, подготовленных как за счет средств федерального бюджета, так и на контрактной основе;  -решение проблем упорядочения номенклатуры специальностей в учреждениях здравоохранения, разработки нового поколения квалифицированных характеристик специалистов, совершенствования системы аттестации медицинских кадров и их допуска к практической деятельности, завершения разработки и утверждения государственных стандартов подготовки специалистов в интернатуре, ординатуре будет способствовать улучшению качества подготовки специалистов;  -активное внедрение и расширение углубленной специализации врачей-интернов на базе клинических кафедр институтов и факультетов усовершенствования врачей. Более тесное взаимодействие в этих вопросах с медицинскими вузами, местными органами управления здравоохранения, координирующая роль институтов усовершенствования врачей;  -разработка учебно-производственных планов в соответствии с запросами практического здравоохранения. Изучение спроса и соответствующие предложения системы. Проведение новых, приоритетных циклов, конкурентоспособность государственной системы повышения квалификации специалистов отрасли с различными коммерческими образовательными структурами;  -координация деятельности институтов и факультетов усовершенствования врачей федеральных округов. Исключение дублирования проводимых циклов в округе;  -изучение и обеспечение потребности органов управления и учреждений здравоохранения в подготовке врача общей практики (семейного врача), фтизиатров. рентгенологов, онкологов, диабетологов, токсикологов, инфекционистов;  -повышение качества подготовки специалистов на выездных циклах кафедр региональных институтов, факультетов усовершенствования врачей, главных специалистов органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации;  -расширение последипломной подготовки среднего медицинского персонала на кафедрах и курсах институтов и факультетов усовершенствования врачей. Разработка учебно-методическими советами специальных программ обучения;  -разработка образовательными учреждениями системы последипломной подготовки кадров отрасли научных и методических основ повышения квалификации врачей. Внедрение в практику через учебный процесс достижений медицинской науки и техники, новых методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации.  Необходима разработка конкретных планов повышения квалификации и переподготовки преподавателей.  От того, на сколько активна будет работа академий, институтов усовершенствования врачей зависит сохранение, дальнейшее развитие сложившейся системы повышения квалификации специалистов здравоохранения, призванной внести надлежащий вклад в дело охраны здоровья граждан, совершенствование медицинской помощи населению, восстановление ее доступности, повышение качества.  В целях более эффективной реализации мероприятий, предусмотренных решением Первого Всероссийского съезда средних медицинских работников, Доктриной среднего медицинского и фармацевтического образования и отраслевой Программой развития сестринского дела в Российской Федерации, Минздравом России в 2002 г. сформирован институт главных специалистов по сестринскому делу в федеральных округах и органах управления здравоохранением субъектов Российской Федерации.  Создание нормативно-правовой базы по использованию специалистов с высшим сестринским образованием в практическом здравоохранении закреплено в приказах Минздрава России. В номенклатуру специальностей в учреждениях здравоохранения Российской Федерации внесена специальность "Управление сестринской деятельностью" для лиц, окончивших факультеты высшего сестринского образования (приказ Минздрава России от 25.06.2002 №209), а также утверждено Положение об организации деятельности этого специалиста (приказ Минздрава России от 13.09.2002 №288). Определен перечень должностей в учреждениях здравоохранения для специалистов с высшим медицинским образованием по специальности "Сестринское дело" (приказ Минздрава России от 16.08.2002 №267).  В учреждениях системы Минздрава России работает более 600 тыс. врачей и 1,3 млн. работников со средним медицинским и фармацевтическим образованием.  Вместе с тем, за последние годы увеличилось количество территорий, в которых имеется убыль врачебного и среднего медицинского персонала. Так, если в 1999г. убыль врачей отмечалась в 30 территориях, то в 2001г. - уже в 70, убыль среднего медперсонала имелась соответственно - в 49 и 71.  Убыль врачебного персонала в сельской местности в 2 раза больше, чем в городе (2,9% на селе против 1,4% в городе), убыль среднего медперсонала в сельской и городской местности примерно одинакова и составляет соответственно 5,5% и 5,8%.  Число вакантных должностей как врачей, так и средних медработников с каждым годом увеличивается и составляет врачей - 56610, в том числе на селе - 8305, средних медицинских работников - 47704, в том числе на селе - 4150. Удельный вес сельских участковых больниц и сельских врачебных амбулаторий, в которых на конец года ни одна штатная должность не была замещена врачом, составляет 13,7%.  По оценке руководителей органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации и главных государственных санитарных врачей в субъектах Российской Федерации, несмотря на разницу в обеспеченности населения врачами и средним медперсоналом между территориями, имеется потребность во врачах практически всех специальностей.  Наибольшая потребность имеется во врачах: терапевтах, педиатрах, анестезиологах - реаниматологах, психиатрах, фтизиатрах, инфекционистах, рентгенологах, хирургах, отоларингологах, гигиенистах, лаборантах всех специальностей и ряда других.  В соответствии с государственной политикой в области здравоохранения и для решения задач - повышения уровня здоровья, определенных Концепцией развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации в 2002 году были разработаны и утверждены Концепция кадровой политики в здравоохранении Российской Федерации и План мероприятий по ее реализации (приказ Mинздрава России от 03.07.2002).  В рамках реализации задач, поставленных Концепцией кадровой политики:  -пересмотрены составы Совета по кадровой политике при Министре здравоохранения Российской Федерации и экспертных профильных комиссий Совета по номенклатуре медицинских и фармацевтических специальностей в учреждениях здравоохранения Российской Федерации;  -с целью совершенствования системы аттестации на квалификационные категории, в 2002 г. приведена в соответствие с изменившимися задачами структура Центральной аттестационной комиссии Минздрава России, разработаны и утверждены процедура и методы проведения аттестации в Центральной аттестационной комиссии Минздрава России;  -разработаны рекомендации по организации работы аттестационных комиссий, созданных Минздравом России в учреждениях федерального подчинения;  -разработан проект отраслевого стандарта "Классификатор специальностей персонала здравоохранения";  -в 2002 г. в номенклатуру специальностей учреждений здравоохранения Российской Федерации введены две новые специальности: "судебно-психиатрическая экспертиза" и "управление сестринской деятельностью".  В течение года проведено 4 заседания Совета по кадровой политике при Министре здравоохранения Российской Федерации, на которых рассматривались актуальные вопросы кадровой политики в здравоохранении и вопросы целесообразности введения в номенклатуру новых специальностей.  Охрана труда - это система сохранения жизни и здоровья работников в процессе трудовой деятельности, включающая в себя правовые, социальные, организационно - технические, санитарно-гигиенические, лечебно- профилактические, реабилитационные и иные мероприятия.  Основными критериями оценки состояния охраны труда в отрасли, являются показатели производственного травматизма и профессиональные заболевания работников системы здравоохранения Российской Федерации.  Отмечается тенденция к росту уровня производственного травматизма вообще и со смертельным исходом в частности.  Особое беспокойство вызывает рост травм, полученных работниками в результате дорожно-транспортных происшествий. Причинами этого являются - низкий профессиональный уровень водителей транспортных средств, не исполнение постановления Министерства труда и социального развития Российской Федерации "Об утверждении Положения о рабочем времени и времени отдыха водителей автомобилей" от 25.06.1999 г. № 16, доведенное до сведения руководителей органов управления здравоохранения субъектов Российской Федерации, учреждений и организаций здравоохранения федерального подчинения письмом от 06.06.2000 г. № 2510/6373-32.  Не меньшую настороженность вызывает рост профессиональной заболеваемости у медицинских работников. Численность медицинских работников, которым впервые было установлено профзаболевание в 2000 г. составила 289 человек, 2001 г. - 408 человек. В структуре профзаболеваний преобладают туберкулез органов дыхания, гепатит сывороточный, астма бронхиальная, дерматит, медикаментозная экзема.  Основными причинами и обстоятельствами возникновения профессиональных заболеваний являются: нарушение правил охраны труда, несовершенство и неприменение средств индивидуальной защиты, нарушение режима труда и отдыха, несовершенство технологических процессов.  За истекший период были подготовлены и внесены в Правительство Российской Федерации проект постановления "Об увеличении продолжительности работы по совместительству медицинским работникам организаций здравоохранения, проживающим и работающим в сельской местности и в поселках городского типа", "О порядке прохождения обязательного психиатрического освидетельствования работников, осуществляющих отдельные виды деятельности, в том числе связанной с источником повышенной опасности (с влиянием вредных веществ и неблагоприятных производственных факторов), а также работающих в условиях повышенной опасности", "О продолжительности рабочего времени медицинских работников в зависимости от занимаемой ими должности и (или) их специальности", "О перечнях производств, работ, профессий и должностей, работа в которых дает право на дополнительный оплачиваемый отпуск за работу с вредными и (или) опасными условиями труда, а также о минимальной продолжительности этого отпуска и условиях его предоставления".  В рамках выполнения решения коллегии от 05.02.2002 г. на базе РМАПО создан отраслевой учебно-методический центр по охране труда. Продолжается работа по укомплектованию учреждений здравоохранения специалистами по охране труда, организации обучения их по вопросам охраны труда за счет средств, выделяемых Фондом социального страхования Российской Федерации.  **Медицинская наука**  Важным событием для российской науки явилось состоявшееся 20 марта 2002г. совместное заседание Совета Безопасности Российской Федерации, президиума Государственного совета Российской Федерации и Совета при Президенте Российской Федерации по науке и высоким технологиям, на котором одобрены Основы политики Российской Федерации в области развития науки и технологий на период до 2010г. и дальнейшую перспективу. Определены приоритетные направления развития науки, технологий и техники и перечень критических технологий Российской Федерации, утвержденные Президентом Российской Федерации В.В. Путиным 30 марта 2002 г.  К приоритетным направлениям развития науки, технологий и техники отнесены "Технологии живых систем".  В перечне критических технологий: генодиагностика и генотерапия, биологические средства защиты растений и животных, системы жизнеобеспечения и защиты человека, технологии биоинженерии, технологии иммунокоррекции и др.  Сеть научно-исследовательских учреждений, подведомственных Минздраву России и Российской академии медицинской наук (РАМН), включает 146 научно-исследовательских институтов и центров, 26 академических групп, научные подразделения 47 высших медицинских и фармацевтических учебных заведений и 7 учреждений дополнительного профессионального образования.  В научных и образовательных медицинских учреждениях Российской Федерации работают 440 членов Российской академии медицинских наук (206 действительных членов (академиков), 234 члена-корреспондента РАМН) и 18 членов Российской академии наук (11 академиков и 7 членов-корреспондентов РАН).  В ведении Минздрава России находятся 95 научных организаций. Из них 92 научные организации являются государственными учреждениями и распоряжаются имуществом, относящимся к федеральной собственности, на праве оперативного управления.  80 научных организаций в своей структуре имеют клинические подразделения и финансируются по разделу "Здравоохранение".  Все научно-исследовательские институты и научные центры, представленные Минздравом России для государственной аккредитации (78), аккредитованы Минпромнауки России в качестве научных организаций.  В соответствии с "Основами политики Российской Федерации в области развития науки и технологий на период до 2010г. и дальнейшую перспективу", утвержденными Президентом Российской Федерации 30.03.2002г., проведена инвентаризация научных организаций Минздрава России.  Общая штатная численность научных организаций Минздрава России по разделу "Наука" составляет 15503 единиц, из них: научных сотрудников - 9617, в том числе докторов наук - 1344, кандидатов наук - 3599.  Потенциал 47 научных подразделений высших медицинских и фармацевтических учебных заведений и 7 учреждениий дополнительного профессионального образования Минздрава России составляет 2413 единиц.  В составе РАМН - 206 действительных членов и 234 члена-корреспондента, из которых 11 академиков РАМН являются академиками РАН и 7 - членами-корреспондентами РАН. 13 академиков РАМН и 24 члена-корреспондента - представители бывших союзных республик Советского Союза.  В Академии трудятся 7379 научных сотрудников, в том числе 1697 докторов и 3731 кандидат наук, а также 1951 научный работник, не имеющий ученой степени.  Научно-исследовательская работа в РАМН организуется силами 58 научных центров и НИУ.  В целях концентрации средств на наиболее приоритетных направлениях научных исследований большая подготовительная работа проведена по реструктуризации сети научных организаций.  В 2003-2005гг. планируется осуществлять реструктуризацию сети НИУ отрасли по следующим направлениям:  - объединение однопрофильных НИУ;  - передача НИУ в состав образовательных высших медицинских учебных заведений в качестве структурных подразделений.  В 2002г. в целях упорядочения деятельности научных организаций, повышения эффективности и практической значимости научных исследований по проблемам наркологии приказом Минздрава России от 29.07.2002 № 244 организовано государственное учреждений "Национальный научный центр наркологии Минздрава России".  В период экономических преобразований и структурной реформы здравоохранения и медицинской науки особую актуальность приобретает необходимость повышения эффективности управления научными исследованиями, рационального использования потенциала медицинской науки. Недостаток средств диктует необходимость концентрации научно-технического потенциала, ресурсов на приоритетных направлениях медицинской науки, в том числе на разработку новых методов профилактики, диагностики и лечения различных заболеваний, восстановления утраченного здоровья, увеличения продолжительности периода активной жизни человека, новых схем организации медицинской помощи и организации здравоохранения.  Основным экспертным органом Минздрава России в области научных исследований являются 46 Секций Ученого совета, обеспечивающих решение основных проблем в соответствующей области медицины.  Формирование научно-исследовательских проектов в Минздраве России осуществляется на основе целевого перспективного планирования в рамках программ различного уровня (президентские, федеральные, отраслевые, региональные), разрабатываемых по наиболее актуальным проблемам здравоохранения. Отбор проектов осуществляется на конкурсной основе с последующим заключением договора с исполнителем на создание научно-технической продукции.  Научные организации Минздрава России участвуют в выполнении заданий 7 федеральных целевых программ и подпрограмм и 33 отраслевых научно-технических программ, в рамках которых выполняется 117 договоров на создание научно-технической продукции. Отмечается тенденция к сокращению числа договоров. В 2000г. выполнялось 360 договоров, в 2001г. - 156, в 2002г. - 117. Сокращение договоров проведено за счет ликвидации дублирующих исследований, а также проведения комплексных исследований. Доля охраноспособных договоров, выполняемых в подведомственных НИУ, составляет 35%,что является достаточно высоким показателем для медицинской науки нашей страны.  В последние годы в связи с уменьшением объемов бюджетного финансирования отмечается сокращение фундаментальных исследований. В настоящее время по отраслевым программам фундаментальные исследования составляют 10%. В структуре исследований, относящихся к прикладным разработкам (70%), увеличивается доля работ, направленных на совершенствование ранее созданных технологий.  В 2002г. согласованы с профильными Управлениями Минздрава России и утверждены 3 отраслевые научно-исследовательские программы:  -"Последипломное образование медицинских кадров";  -"Молекулярная медицина";  -"Разработка и совершенствование методов диагностики, лечения и профилактики острых и хронических заболеваний нервной системы".  В настоящее время проводится работа по подготовке двух новых отраслевых программ:  -"Медицинские нанобиотехнологии" (головное учреждение - НИИ физико-химической медицины Минздрава России ), реализация которой позволит решить вопросы комплексного освоения технологий многопараметрической диагностики для практического здравоохранения;  -"Научное обоснование стратегического планирования и системы управления здравоохранением, разработка новых правовых, экономических, организационных форм и методов охраны общественного здоровья населения, механизмов совершенствования деятельности ЛПУ, стимулирующих эффективное использование ресурсов" (головное учреждение - Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения Минздрава России), генеральной целью которой является повышение медико-социальной и экономической эффективности функционирования системы здравоохранения и оказания медико-профилактической помощи населению. Внедрение научных разработок, полученных в рамках данной отраслевой программы, позволит повысить качество лечебной помощи населению, ее доступность, а также эффективность профилактических мероприятий.  Важным звеном решения основных социально-экономических проблем российских регионов является подготовка кадров высшей квалификации через сеть диссертационных советов НИУ, медицинских и фармацевтических ВУЗов страны. Вопрос совершенствования сети диссертационных советов вузов и НИИ, как основного звена системы государственной аттестации научных кадров, является важным в системе подготовки научно-педагогических кадров.  В настоящее время в целом завершена работа по пересмотру сети диссертационных советов НИУ и ВУЗов Минздрава России на основании анализа их предшествующей работы и с учетом требований, предъявляемых ВАК Минобразования России при формировании и организации диссертационных советов. Введен новый принцип формирования диссертационных советов. Создание диссертационных советов предусмотрено только в вузах и научных организациях, прошедших государственную аккредитацию.  В соответствии с новым Положением о диссертационном совете, утвержденном приказом Минобразования России от 09.04.2002 N 1305, по состоянию на 01.01.2003 при 105 научных и образовательных учреждениях Минздрава России Высшей аттестационной комиссией Минобразования России по ходатайству Минздрава России создано 227 диссертационных советов, из них 172 докторских и 55 кандидатских советов. Кандидатские диссертационные советы действуют при 39 организациях, докторские - при 94 организациях. В 2002г. в целях повышения информированности научной общественности Минздравом России подготовлен информационный сборник о количестве диссертационных советов при научно-исследовательских и образовательных учреждениях Минздрава России и защищенных в них диссертациях в 2001г.  С целью повышения требовательности в оценке качества диссертационных работ, представляемых на соискание ученой степени, на всех уровнях процесса государственной аттестации научных и научно-педагогических работников в 2002г. введены в действие Единый реестр ученых степеней и ученых званий, новые Положение о порядке присуждения ученых степеней (утверждены Постановлением Правительства Российской Федерации от 30.01.2002 № 74) и Положение о порядке присвоения ученых званий (утверждено постановлением Правительства Российской Федерации от 29.03.2002 № 194).  Весь объем проделанной работы позволит существенно повлиять на качество выполняемых диссертационных исследований в области здравоохранения и ускорить позитивную динамику основных показателей здоровья населения Российской Федерации.  Финансирование научно-исследовательских и опытно-конструкторских работ, выполняемых подведомственными учреждениями, осуществляется, в основном, за счет средств федерального бюджета.  Существующее в течение последних лет недостаточное финансирование является серьезным препятствием на пути развития медико-биологических исследований и сдерживает развитие договорной системы планирования.  После утверждения Федерального закона "О федеральном бюджете на текущий год" Минпромнауки России определяет объем бюджетного финансирования на НИОКР для Минздрава России. При этом потребность в ресурсах удовлетворяется на 20-25%. В 2002г. при потребности в 1504,7 млн.руб. выделено в бюджете 400,3 млн.руб.( 26%).  Такое положение с финансированием научно-исследовательских работ способствовало сокращению числа наукоемких, фундаментальных исследований, прекращению значительной части НИР на этапе неполного завершения, что существенно уменьшает возможность внедрения результатов научных исследований в практику здравоохранения.  В рамках отраслевых и федеральных программ подготовлено 1070 единиц научной продукции, среди которой новые медицинские разработки, готовые к внедрению, составили 180 единиц (16,8%).Это новые методы лечения, диагностики и профилактики, программные средства для ЭВМ, базы данных, лекарственные средства и средства для дезинфекции, изделия медицинского назначения.  К усовершенствованным технологиям отнесены 385 единиц продукции (36%), среди которой 380 пособий для врачей и 5 учебных пособий. Кроме того, в 2002г. научно-исследовательскими учреждениями было получено около 300 патентов и положительных решений на выдачу патентов и подано более 200 заявок на патенты.  Подготовлено и издано более 100 монографий, учебников, руководств и справочной литературы.  Кроме того, на основе проведенных исследований вносится существенный вклад в подготовку законодательно-правовых и нормативных регламентирующих документов в области здравоохранения и медицинской науки на федеральном и региональном уровне .  Многие достижения ученых-медиков федеральных научно-исследовательских учреждений внедрены в практику отечественного здравоохранения и позволяют успешно решать актуальные проблемы медицины.  На основе фундаментальных и прикладных исследований разработаны отечественные иммуноферментные тест-системы для диагностики сердечно-сосудистых и ряда инфекционных заболеваний (СПИД), которые отличаются высокой чувствительностью и специфичностью, не уступают зарубежным аналогам и позволят сократить закупку дорогостоящих зарубежных диагностикумов (Российский кардиологический научно-производственный комплекс).  В Центральном научно-исследовательском рентгенорадиологическом институте разработана оригинальная методика внутриартериальной химиоэмболизации с использованием самого активного на сегодняшний день для лечения рака поджелудочной железы цитостатика гемцитабина.  Созданы первые отечественные препараты природного легочного сурфактанта - Сурфактант BL и HL, широкие клинические испытания которых показали высокую эффективность их при лечении острого повреждения легких и респираторного дистресс-синдрома у новорожденных и взрослых. По активности эти препараты в 30-50 раз превосходят известные сурфактанты. Это позволяет вне зависимости от импорта зарубежных аналогов существенно снизить младенческую смертность.  В Санкт-Петербургском ГМУ им. акад. И.П.Павлова проводятся исследования по разработке лекарственного средства бупраксон для терапии хронических болевых синдромов, обладающего меньшим наркотическим воздействием при высоком болеутоляющем эффекте, что снизит риск возникновения зависимости от препарата и фактов злоупотребления болеутоляющими средствами.  О высоком уровне многих работ свидетельствует присвоение их авторам премий Правительства Российской Федерации и Президиума РАМН.  Так, была присуждена Премия Правительства Российской Федерации в области науки и техники за разработку современных технологий гемафереза в профилактике и лечении патологических состояний в клинической медицине, а именно технологий аутогемоплазмодонорства и интраоперационной реинфузии крови у беременных женщин с высоким риском развития кровотечений и методики применения гемафереза при массивной кровопотере и гнойно-септических осложнениях (Московская медицинская академия им.И.М.Сеченова, Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН).  Государственные премии Российской Федерации в области науки и техники присуждены:  - за работу "Хирургическое лечение сочетанных сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний" (Российский кардиологический научно-производственный комплекс, РОНЦ им. Н.Н.Блохина РАМН);  - за клиническую разработку и внедрение в медицинскую практику новых эффективных методов лекарственной терапии злокачественных опухолей (РОНЦ им. Н.Н.Блохина РАМН, НИИ онкологии им. проф. Н.Н.Петрова).  В области онкологии разработаны органосохраняющие и реконструктивно-пластические операции, в том числе с использованием микрохирургической техники, при лечении злокачественных опухолей различной локализации; новые технологии органосохраняющих операций с использованием физических методов воздействия - плазменных потоков, ультразвукового излучения, лазерной хирургии и фотодинамической терапии. Это позволяет наряду с функцией органа сохранить и сам орган, что имеет принципиальное значение при некоторых локализациях опухоли, например при раке молочной железы. По результатам данной работы написана и издана монография "Органосохраняющее лечение в онкологии" (Московский НИ онкологический институт им. П.А.Герцена), получившая премию РАМН им. Н.Н.Блохина за лучшую научную работу в области онкологии.  Премия РАМН им. Д.С.Саркисова за лучшую научную работу в области патоморфологии присуждена монографии "Патологическая анатомия в Московском университете в первой половине XIX века" (Московская медицинская академия им.И.М.Сеченова).  Минздравом России постоянно проводится работа по повышению уровня информированности практического здравоохранения о достижениях медицинской науки. В этих целях совместно с РАМН ежегодно издается и распространяется сборник основных результатов научных исследований по комплексным проблемам медицины в Российской Федерации. Издан 3-ий выпуск Государственного реестра новых медицинских технологий (Реестр), который является официальным документом Минздрава России и представляет собой перечень 1218 утвержденных, зарегистрированных и разрешенных к применению в широкой медицинской практике способов профилактики, диагностики, лечения и методов организационной формы работы. Распространение Реестра дало возможность не только ознакомиться с утвержденными Минздравом России методиками, но и способствовало упорядочению использования в медицинской практике способов лечения, диагностики и профилактики. В 2002г. состоялось более 140 научно-практических мероприятий, среди наиболее значимых следует отметить съезды урологов, травматологов-ортопедов, конгресс кардиологов, ставшие уже традиционными форумы "Мать и дитя", "Здравница".  Научно-исследовательские учреждения Минздрава России наряду с выполнением научных исследований и разработкой на их основе новых медицинских технологий проводят большую работу по оказанию конкретной помощи учреждениям практического здравоохранения России и ближнего зарубежья по широкому кругу вопросов.  В настоящее время в связи с развитием новых высоких технологий все более остро встают вопросы биомедицинской этики. Наиболее актуальны они в случае применения потенциально опасных медицинских технологий. К ним относятся: генный трансфер, генетическая фармакотерапия, полипрогмазия, клеточная терапия, ксенотрансплантация трансгенных органов, трансгенные пищевые продукты и т.д. Особое место занимают этические проблемы здравоохранения (доступность медицинской и лекарственной помощи, генетические банки и др.).  В свете изложенного видимо настала пора расширения деятельности Комитета по биомедицинской этике Минздрава России, организация этих работ на общественно-государственной основе. Научные исследования последних лет характеризуются новыми подходами в лечении заболеваний человека:  \* направленный транспорт лекарств непосредственно в пораженный орган;  \* генетическая коррекция наследственных патологий человека с использованием ДНК-технологий и клеточной терапии;  \* репродукция тканей и биопротезирование на основе использования современных биосовместимых материалов, новых технологий с использованием стволовых клеток и биостимуляторов.  Фундаментальные исследования по проблемам геномики, протеомики и биоинформатики являются теоретической базой биотехнологии.  В последнее время в медико-биологической науке сформировались новые направления: по изучению проблем протеомики, геномики (в том числе нутригеномики), биоинформатики, структуры и функций стволовых клеток.  Одним из приоритетов технологического развития лидирующих мировых держав в ХХI веке является нанотехнология, которая открывает новые возможности для эффективного развития медицины.  Нанотехнология изучает материалы и системы, строение и составные части которых проявляют новые или значительно измененные физические, химические и биологические свойства и возникающие на этой основе новые явления и процессы.  Следует особо подчеркнуть, что одной из важных составляющих приоритетных исследований в области нанотехнологии и нанонауки является развитие биомедицинского направления, включающего как создание новых лекарственных препаратов и устройств мониторинга, так и применение новых микродиагностических средств, необходимых для своевременной диагностики переходных физиологических процессов и подбора адекватной терапии.  Особое внимание уделяется развитию новейших отраслей биотехнологии, призванных решать социальные и экономические задачи, стоящие перед современным обществом:  1.Служить надежным и гарантированным источником новых, оригинальных, патентоспособных технологий, приносящих прибыль государствам, поддерживающим развитие наукоемких отраслей.  2.Создать определенный потенциал технологий, обеспечивающий здоровье нации, ее безопасность и контроль за распространением инфекционных и соматических заболеваний.  3.Являться эффективным инструментом для создания принципиально новых лекарственных соединений, обладающих высокой эффективностью действия.  Биотехнология с успехом решает вопросы создания биосенсоров для экспресс-анализов в клинике, обеспечивает развитие иммунобиологии в интересах создания новых биотест-систем и вакцин. Уже получены рекомбинантная генноинженерная вакцина против гепатита В, конъюгированная вакцина против гриппа, интерфероны, интерлейкины, иммуномодуляторы.  Разрабатываются вакцины против ВИЧ-инфекции, гепатита С и др. Эти технологии в будущем явятся основой создания мономолекулярных, полиантигенных ассоциированных препаратов непарентерального применения, обеспечивающих иммунитет одновременно против нескольких инфекций.  В последние время большое значение уделяется проблеме стволовых клеток, так называемому "терапевтическому клонированию".  Ученые, работающие по этой приоритетной проблеме, проявляют большую заинтересованность в консолидации усилий и понимании необходимости четко придерживаться научного подхода при работе со стволовыми клетками. Однако исследования стволовых клеток и внедрение их в практическое здравоохранение связано с решением многих проблем.  С целью определения перспективных направлений научных исследований в области развития клеточных технологий и внедрения их в практическое здравоохранение при Минздраве России создан Экспертный совет по рассмотрению научных исследований в области развития клеточных технологий и внедрению их в практическое здравоохранение. Работа Экспертного совета будет способствовать развитию и координации научных исследований в области клеточных технологий, эффективному внедрению их в практическое здравоохранение.  В 2002 г. утвержден план работы Экспертного совета, сформирована и утверждена рабочая группа из ведущих специалистов в области цитологии, эмбриологии, клеточной биотехнологии, биохимии, иммунологии и других. Экспертным советом Минздрава России рассмотрены ряд проектов нормативных документов: Временная инструкция об условиях проведения исследований в области клеточных технологий и порядке использования их результатов в учреждениях здравоохранения, критерии лицензирования учреждений здравоохранения, осуществляющих изучение, разработку и внедрение в медицинскую практику клеточных технологий, положение о криобанках.  Подготовлена к утверждению Минздравом России Временная инструкция об условиях проведения исследований в области клеточных технологий и порядке использования их результатов в учреждениях здравоохранения. В НИИ экспериментальной кардиологии Российского кардиологического НПК создана в качестве базовой научно-практическая лаборатория стволовых клеток человека.  В настоящее время наряду с развитием нового направления в медицине "клеточные технологии" биотехнология является одним из приоритетных направлений научно-технического прогресса, позволяющим на основе современных достижений в области биологических и технических наук, генной и клеточной инженерии обеспечить решение ряда социально-экономических проблем, включая здравоохранение.  Постановлением Правительства Российской Федерации от 21.12.2001 № 884 образована Межведомственная комиссия по биотехнологии, которой подготовлен проект Стратегии развития биотехнологии в России. Создаваемая Стратегия, основанная на выявлении и поддержке высокоэффективных направлений биотехнологии, промышленного внедрения научных разработок, позволит российской биотехнологии стать в ХХI веке полноправным участником мирового рынка биотехнологической продукции и технологий, при рациональном использовании отечественного производственного потенциала.  В целях реализации подписанного Соглашения о сотрудничестве между Минпромнауки России, Минздравом России, Минсельхозом России и Минобразования России подготовлена Межведомственная инновационная программа "Биотехнология для медицины и АПК", которая ориентирована на решение проблем разработки, создания и продвижения на рынок новейших медицинских препаратов, новых продуктов сельского хозяйства и пищевой промышленности, а также технологий и объектов интеллектуальной собственности в области биотехнологии.  В проект Межведомственной инновационной программы "Биотехнология для медицины и АПК" Минздравом России включены ряд разработок научно-исследовательских медицинских учреждений. Представленные проекты предполагают освоение и разработку новых высокоэффективных отечественных конкурентоспособных лекарственных препаратов, полученных с применением биотехнологических методов, имеющих важное значение для практического здравоохранения.  **Законопроектная деятельность**  Совершенствование законодательной базы в области охраны здоровья населения и организации здравоохранения - один из механизмов правового регулирования повышения качества оказания медицинской помощи, управления отраслью.  В 2002 г. принят Федеральный закон "О временном запрете на клонирование человека", который формирует правовой барьер к созданию человека путем клонирования, тем самым, обеспечивая защиту жизни и здоровья каждого индивидуума, генофонда человечества в целом, сохранение института семьи, структуры и морально-этических основ общества. Вместе с тем, этот запрет не распространяется на использование методов клонирования применительно к молекулам нуклеиновых кислот, соматическим клеткам и тканям, предопределяя дальнейший прогресс в фундаментальной и прикладной биомедицине.  Законом предусмотрен запрет на ввоз на территорию России и вывоз клонированных эмбрионов человека. Эта мера направлена на сохранение этноэкологии общества, на своевременное предотвращение коммерциализации и криминализации применительно к человеку.  Во исполнение распоряжений Президента Российской Федерации Минздравом России разработан проект федерального закона "О предупреждении наркомании и токсикомании".  Необходимость принятия Федерального закона обусловлена резко возросшим уровнем злоупотребления наркотическими средствами и психотропными веществами в Российской Федерации, что, в свою очередь, привело к увеличению числа больных наркоманией и токсикоманией, увеличению смертности среди несовершеннолетних и лиц молодого возраста. Кроме того, среди лиц, потребляющих наркотические средства и психотропные вещества преимущественно путем внутривенных инъекций, резко возрос уровень заболеваемости СПИДом, вирусными гепатитами и другими заболеваниями, передаваемыми через кровь и зараженные инструменты.  Принятие его позволит устранить существенные пробелы в законодательстве Российской Федерации, затрудняющие принятие действенных мер по предупреждению наркомании и токсикомании, проведению медико-социальной реабилитации и оказанию гарантированной медицинской помощи больным наркоманией и токсикоманией, в том числе, при отказе их от лечения.  Впервые в Российской Федерации предполагается законодательное регулирование условий для медико-социальной реабилитации больных наркоманией и токсикоманией, в том числе, совершивших уголовно наказуемые правонарушения в специально создаваемых центрах медико-социальной реабилитации.  Проект федерального закона "О внесении изменения в статью 17 Федерального закона "О лицензировании отдельных видов деятельности" направлен на устранение излишних административных барьеров в сфере лицензирования обращения лекарственных средств и изделий медицинского назначения. Проект федерального закона "О внесении изменений и дополнений в Федеральный закон "О наркотических средствах и психотропных веществах" направлен на гармонизацию положений Федерального закона "О наркотических средствах и психотропных веществах" в части норм, регламентирующих перемещение наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров через государственную границу Российской Федерации с иными положениями и нормами названного Закона, других законодательных актов и международных соглашений, заключенных Российской Федерации в этой сфере с учетом положения пункта 2 статьи 3 Федерального закона "О наркотических средствах и психотропных веществах" о приоритете норм, установленных международными соглашениями.  В настоящее время возникают проблемы с обращением фальсифицированных лекарственных средств. В этой связи возникла необходимость разработки законопроекта "О внесении изменений и дополнений в Федеральный закон "О лекарственных средствах", в котором целесообразно конкретизировать понятие фальсифицированных лекарственных средствах, а также ввести новые положения, об ответственности за обращение фальсифицированных лекарственных средств.  Среди законопроектов, находящихся в настоящее время на рассмотрении в Государственной Думе Российской Федерации, особо необходимо отметить базовый законопроект "О здравоохранении в Российской Федерации", который принят в первом чтении.  Принятие базового закона о здравоохранении в Российской Федерации взамен действующих с 1993 г. Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан позволит обеспечить доступность и бесплатность гарантированных объемов медицинской помощи, приоритет государственно-муниципального сектора здравоохранения, преемственность в оказании медицинской помощи на всех ее этапах, единство системы сертификации, стандартов медицинской помощи. Разработка этого законопроекта вызвана тем обстоятельством, что в Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан не обеспечивают в полной мере регулирование новых отношений, складывающихся в здравоохранении.  В соответствии с Конституцией Российской Федерации в стране самостоятельно развиваются отдельные системы здравоохранения - государственная, муниципальная и частная. Специальных законов, регулирующих эти вопросы, принято не было, несмотря на то, что в развитие Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан Российской Федерации должен был быть разработан целый пакет отдельных законов.  Концепция законопроекта "О здравоохранении в Российской Федерации" предусматривает установление правовых основ функционирования единой системы здравоохранения Российской Федерации и провозглашает принципы государственной политики в области здравоохранения. Законопроект охватывает все основные аспекты организации, финансирования и оказания медицинской помощи населению. Данный законопроект имеет целью объединить разрозненные системы разного уровня в единую систему здравоохранения, функционирующую на основе общей нормативно-правовой базы и единого планирования.  Основной причиной, не позволяющей полностью реализовать гарантированное Конституцией Российской Федерации право граждан на охрану здоровья и бесплатную медицинскую помощь, является обусловленная экономическими факторами недостаточность финансирования системы обязательного медицинского страхования (ОМС) субъектами Российской Федерации, а также невозможность перераспределения между регионами единого социального налога, уплачиваемого на цели ОМС. В целях устранения региональной диспропорции финансирования системы ОМС и условий оказания медицинской помощи в рамках государственных гарантий по субъектам Российской Федерации предполагается разработать проект федерального закона об обязательном медицинском страховании граждан в Российской Федерации.  В 2002 г. было принято более 30 постановлений и распоряжений Правительства Российской Федерации по вопросам диагностики, лечения, профилактики заболеваний, лицензирования медицинской деятельности, государственного регулирования цен на лекарственные средства и другим вопросам здравоохранения и санитарно-эпидемиологического благополучия населения.  В течение 2002 г. Минздравом России рассмотрены и подготовлены заключения на 279 законопроекта. За 2002 г. рассмотрено гражданских и арбитражных дел в арбитражных судах и судах общей юрисдикции Российской Федерации с привлечением Минздрава России: судами общей юрисдикции - 38 дела, арбитражными судами- 26 дел.  Причиной привлечения судами Минздрава России по вышеуказанным делам явилось недостаточное финансирование Минздравом России подведомственных лечебно - профилактических учреждений и других организаций. По сравнению с предыдущим 2001 г. количество дел, по которым Минздрав России привлекался судами в качестве ответчика и соответчика, не увеличилось. Благодаря своевременному направлению мотивированных отзывов на предъявляемые иски, а также защите интересов Минздрава России в судах доверенными лицами в судебных органах в субъектах Российской Федерации, не увеличилось и количество проигранных дел. По вопросам организации здравоохранения и охраны здоровья населения в субъектах Российской Федерации принято более 80 законов.  Законы субъектов Российской Федерации по вопросам здравоохранения устанавливают организационно-правовые, экономические и социальные основы организации здравоохранения характерные для каждого региона, механизмы внутриотраслевого взаимодействия систем здравоохранения, а также с органами государственной власти и органами местного самоуправления, системой медицинского страхования. Регионами начата практика разработки и принятия законов о противотуберкулезной помощи и защите населения от туберкулеза. В настоящее время такие законы приняты в более 14 субъектах Российской Федерации.  В субъектах Российской Федерации также началась практика принятия законов, регулирующих вопросы деятельности частного здравоохранения.  **Финансирование**  Финансирование в полном объеме бюджетных обязательств значительно стабилизировало состояние отрасли и создало предпосылки для дальнейшего ее развития и реформирования.  Согласно федеральному закону "О федеральном бюджете на 2002 год", расходы на здравоохранение и физическую культуру составили 31908,1 млн. руб., в том числе на "Здравоохранение" - 26595,4 млн. руб., на "Санитарно-эпидемиологический надзор" - 4052,3 млн. руб., на "Физическую культуру и спорт" - 1260,4 млн. руб..  Из общего объема затрат на здравоохранение Минздраву России в 2002 году было выделено 20807,9 млн. руб. (с учетом уточнений 16628,4 млн. руб.).  Предусмотренные Минздраву России в 2002г. расходы на здравоохранение увеличились по сравнению с 2001г. в 1,4 раза. Основное увеличение произошло за счет коммунальных расходов (в 1,6 раза) и индексации заработной платы (в среднем в 1,63 раза). Несмотря на это, среднегодовая ставка заработной платы работников здравоохранения составила лишь 1990,5 руб. В федеральном бюджете на 2003 г. отраслевые расходы на здравоохранение составят 31421,0 млн. руб., в том числе по Минздраву России - 18625,8 млн. руб. (59.3%).  По учреждениям Госсанэпиднадзора увеличение расходов федерального бюджета в 2002г. по сравнению с 2001г. составило 38,1%. В структуре расходов значительную долю занимает заработная плата с начислениями 81,8%, практически отсутствуют расходы на капитальный ремонт и приобретение оборудования. В федеральном бюджете на 2003г. предусмотрено увеличение расходов на 35% по сравнению с 2002г.  По разделу "Наука" в 2002г. расходы увеличились в 1,5 раза по сравнению с 2001г. Выделенные средства обеспечивают в основном только выплату заработной платы с начислениями. При этом среднегодовая ставка заработной платы научного сотрудника составила 1455 руб. В федеральном бюджете на 2003г. предусмотрено увеличение расходов на 23% по сравнению с 2002г.  Расходы федерального бюджета по разделу "Образование" в 2002г. составили 3452,8 млн. руб., что в 1,4 раза больше по сравнению с 2001г.  Недостаток бюджетных средств подведомственных учреждений в большей части компенсируется за счет внебюджетных средств (в среднем 49% от бюджета), что позволяет поддерживать жизнедеятельность учреждений.  По федеральным целевым программам в 2002г. рост финансовых средств по сравнению с 2001г. составил 44,4%. Основной объем финансовых средств в 2002г. приходился на программы "Предупреждение и борьба с заболеваниями социального характера" - 2290,6 тыс. руб., "Здоровый ребенок" - 164,23 тыс. руб., "Артериальная гипертония" - 62,1 тыс. руб.  В 2002 году был усилен контроль за целевым использованием и сохранностью имущественного комплекса Минздрава России и подведомственных учреждений и предприятий. По итогам финансово-хозяйственной деятельности предприятий проведено 38 заседаний Балансовой комиссии с участием представителей Минимущества России и Минэкономразвития России. При этом была признана не удовлетворительной деятельность 6 предприятий, а также не удовлетворительно оценена работа руководителей по управлению этими предприятиями. За истекший год по вопросам сохранности и эффективности использования федеральной собственности организовано проверки 34 учреждений и 14 предприятий. По результатам проверок приняты меры по недопущению таких нарушений, как занижение арендной платы, заключение договоров аренды без согласования с Минздравом России, отсутствие регистрации указанных договоров в территориальных органах Минимущества России и т.д.  Разработаны нормативные документы, направленные на организацию учета федерального имущества, повышение квалификации руководителей предприятий, их личную ответственность за не целевое и не эффективное использование государственного имущества, а также регламентирующие хозяйственную деятельность подведомственных учреждений и предприятий: приказы Минздрава России от 26.03.2002 № 92 "Об управлении государственными предприятиями, находящимися в ведении Минздрава России", от 27.03.2002 № 103 "Об управлении государственными учреждениями, находящимися в ведении Минздрава России", от 27.03.2002 № 97 "Об аттестации руководителей федеральных государственных унитарных предприятий", от 14.10. 2002 № 311 "О мерах по повышению эффективности деятельности федеральных государственных унитарных предприятий"; указания Министра здравоохранения Российской Федерации от 21.06.2002 № 937-У "Об учете федерального имущества", от 15.07.2002 № 1034-у "О проведении государственной регистрации права собственности Российской Федерации на земельные участки", от 09.12.2002 № 1492 "О перечислении в федеральный бюджет части прибыли" и т.д.  Размер прибыли, перечисленный в федеральный бюджет подведомственными предприятиями, составил 8,8 млн.рублей.  Продолжается работа по освобождению подведомственных учреждений от несвойственных им функций по содержанию объектов жилищного, социально-культурного и коммунально-бытового назначения путем передачи их в собственность субъектов Российской Федерации и муниципальную собственность.  Учреждениями и предприятиями начата процедура подготовки и согласования перечней земельных участков, на которые у Российской Федерации возникает право собственности по основаниям, установленным Федеральным законом "О разграничении государственной собственности на землю".  Важным этапом деятельности Минздрава России явилось участие в разработке Концепции реформирования системы оплаты труда работников организаций бюджетной сферы (раздел "Здравоохранение"), рассмотренной и одобренной на заседании Правительства Российской Федерации 6 ноября 2002г.  Ведется работа над проектом Постановления Правительства Российской Федерации "Об оплате труда работников здравоохранения Российской Федерации". В 2003г. предстоит большой объем работы по подготовке ведомственных нормативных актов в целях реализации отраслевой системы оплаты труда работников здравоохранения.  Для осуществления контроля за целевым расходованием бюджетных средств было проведено более 90 проверок подведомственных организаций.  В целях повышения квалификационного уровня бухгалтеров, экономистов и работников кадровых служб, подведомственных Минздраву России организаций в 2002г. систематически организовывались семинары повышения квалификации.  **Международное сотрудничество**  В 2002г. приоритетом международных медицинских связей стало развитие взаимовыгодного сотрудничества со странами-участниками Содружества Независимых Государств, осуществляемое в рамках: Совета по сотрудничеству в области здравоохранения государств-участников СНГ, Исполнительного комитета СНГ, Интеграционного комитета - Таможенного союза пяти стран СНГ; Союзного государства (Россия и Белоруссия); межправительственных комиссий по торгово-экономическому сотрудничеству и на межведомственном уровне.  В январе и июле 2002г. в Москве и Ереване состоялись XIII и XIV заседания Совета по сотрудничеству, в ходе которых обсужден целый ряд актуальных вопросов и принято около 50 документов, касающихся сферы сотрудничества в области здравоохранения. На заседании в Ереване был подписан Меморандум о взаимопонимании между Советом по сотрудничеству в области здравоохранения государств-участников СНГ и Европейским региональным бюро Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), определяющий цели, задачи и рамки взаимодействия партнеров по обеспечению качественной и доступной медико-санитарной помощи населению СНГ.  Подписано Соглашение между минздравами Российской Федерации и Республики Армения о взаимном признании санитарно-эпидемиологических заключений (гигиенических сертификатов). В течение 2002 г. подготовлены к подписанию еще 5 межминистерских соглашений о сотрудничестве в сфере здравоохранения: с республиками Казахстан, Таджикистан, Туркменистан, Узбекистан и Украиной.  В 2002г. российской Стороной ратифицировано Соглашение о взаимном предоставлении гражданам республик Беларусь, Казахстан, Кыргызской Республики и Российской Федерации, равных прав в получении скорой и неотложной медицинской помощи, подписанное главами правительств в Москве 24 ноября 1998 года.  Продолжалось последовательное развитие сотрудничества с такими международными организациями системы ООН, как ВОЗ, ЮНЭЙДС, ЮНИСЕФ, ЮНФПА, а также Всемирным банком, Европейским Союзом, Советом Европы и др. При этом, главное внимание было сконцентрировано на приоритетных для российского здравоохранения проблемах: развитие системы здравоохранения, борьба с особо опасными и распространенными инфекционными болезнями, в том числе туберкулезом и ВИЧ/СПИД, профилактика неинфекционных заболеваний, охрана здоровья матери и ребенка, лекарственное обеспечение, здоровая окружающая среда, подготовка медицинских кадров и др.  На базе 13-ти НИУ Минздрава России функционируют сотрудничающие центры ВОЗ, проводивших научные исследования, подготовку медицинских кадров и публикаций по проблемам, приоритетным для этой Организации и актуальным для российского здравоохранения.  Практическая работа по перечисленным направлениям, в рамках взаимодействия с Европейским региональным бюро ВОЗ, осуществлялась на основании Двухлетнего соглашения о сотрудничестве на 2002-2003 гг., на реализацию которого ЕРБ ВОЗ выделило 447 тыс. долл. США. Сотрудничество со штаб-квартирой ВОЗ осуществлялось силами 43 сотрудничающих центров, действующих на базе различных научно-практических учреждений здравоохранения и медицинской науки системы Минздрава России и РАМН. Продолжали активно взаимодействовать с техническими программами ВОЗ 37 российских ученых, являющихся экспертами этой организации. Под руководством Офиса специального представителя Генерального директора ВОЗ в России продолжали успешно функционировать проекты (борьба с туберкулезом и ВИЧ/СПИД, поддержка здравоохранения Северного Кавказа и др.), финансируемые за счет средств доноров. Безусловно, положительным примером деятельности этого Офиса является, созданная по его инициативе и активном участии Рабочая группа высокого уровня по борьбе с туберкулезом, координирующая взаимодействие всех партнеров, в том числе международных, в борьбе с этой инфекцией. Начата работа по созданию аналогичного координирующего органа для борьбы с ВИЧ/СПИД в России, а также по созданию регионального филиала Офиса Специального представителя Генерального директора ВОЗ в Санкт-Петербурге.  Представители Минздрава России приняли участие в работе руководящих органов ВОЗ (Исполнительный комитет, Всемирная ассамблея здравоохранения, Европейский региональный комитет ВОЗ), используя трибуну уставных сессий для продвижения интересов отечественного здравоохранения. В ходе этих мероприятий состоялись переговоры с Генеральным директором и директором Европейского регионального бюро ВОЗ и достигнуты практические договоренности по расширению сотрудничества.  Программа ЮНЭЙДС продолжила осуществление своих проектов в Российской Федерации по профилактике ВИЧ-инфекции среди наркоманов и молодежи и др. При её активной организационно-финансовой поддержке в России проведены международные конференции по реализации Программы неотложных мер по противодействию распространения ВИЧ-инфекции.  Продолжилась работа по осуществлению в России проектов Всемирного банка по реформам здравоохранения и поставкам медицинского оборудования, борьбе с туберкулезом и ВИЧ/СПИД, организации семинаров по политике здравоохранения. Успешно продвигались работы по 10 проектам Европейского союза "Тасис" и двум проектам "Группы Помпиду" по борьбе с наркоманиями, осуществляемым в рамках сотрудничества с Советом Европы.  Фонд ООН по народонаселению (ЮНФПА) осуществляет в России четыре проекта, в том числе рeпродуктивное здоровье и права молодых в Российской Федерации, профилактика ВИЧ/СПИД в Санкт-Петербурге.  Расширилось сотрудничество с Детским фондом ООН (ЮНИСЕФ), осуществляющим в нашей стране восемь проектов. В октябре 2002 г. проведены переговоры с руководством ЮНИСЕФ, показавшие заинтересованность этой организации в закупке у российских производителей вакцин против полиомиелита, кори и тест-систем на ВИЧ/СПИД для развивающихся стран.  Представитель Минздрава России в составе делегации, сопровождавшей Президента России, принял участие в работе саммита "Большой восьмерки" в Кананаскисе (Канада), где обсуждались вопросы взаимодействия "восьмерки" по противодействию международному терроризму, поддержке борьбы с туберкулезом, ВИЧ/СПИД и малярией, борьбе с нищетой и бедностью и прежде всего, в Африке. Минздрав России внес свои предложения по выполнению российской Стороной Плана действий "восьмерки" по Африке.  При активном участии Минздрава России обеспечена реализация российского участия в деятельности Глобального фонда по борьбе с ВИЧ/СПИД, туберкулезом и малярией. В соответствии с распоряжением Правительства Российской Федерации Минфином России подготовлен график российских добровольных выплат в этот новый международный финансовый орган, в соответствии с которым в 2002г. выплачено 1 млн. долл. США. По инициативе Минздрава России и при поддержке программы ЮНЭЙДС в Москве проведено совещание стран СНГ по участию в деятельности Глобального фонда.  Продолжена работа по развитию правовой базы сотрудничества с зарубежными странами, подписаны: межведомственное Соглашение о сотрудничестве в области здравоохранения и медицинской науки с Социалистической Республикой Вьетнам, Протокол о сотрудничестве в области здравоохранения и медицинской науки на 2001 - 2002 гг. между минздравами России и Монголии, Российско-Израильская Программа сотрудничества в области здравоохранения и медицинской науки на 2003-2006 гг. Подготовлено для подписания межминистерское Соглашение о сотрудничестве с Данией; продолжается работа по подготовке межправительственных Соглашений со Словенией, с ЮАР, АРЕ, Кипром; межведомственных Соглашений с Республикой Корея, Мексикой, Колумбией: программ сотрудничества с ФРГ и Австрией. Развивается сотрудничество с Францией, проведено VI заседание Российско-Французской Рабочей группы по здравоохранению. В ходе переговоров обсуждены вопросы организации сотрудничества в области борьбы со СПИДом, наркоманиями, заболеваниями, передающимися половым путем. При содействии французских специалистов осуществлялась подготовка в России специалистов в области СПИДа и заболеваний, передающихся половым путем (ЗППП). В октябре 2002 г. состоялся визит французских специалистов во Владивосток для подготовки совместного проекта по профилактике и борьбе со СПИДом, наркоманиями и ЗППП и последующей апробации его в одном из регионов Российской Федерации.  В 2002 г. продолжался обмен информацией по контролю за качеством лекарственных и биологических препаратов. Начата подготовка к проведению российско-французского семинара по лекарствам, одной из основных тем которого будет обсуждение вопросов борьбы с фальсифицированными препаратами.  Успешно продолжает развиваться сотрудничество в области психиатрии между Государственным научным Центром социальной и судебной психиатрии им.В.П.Сербского(Москва) и госпитальным Центром им.Эскироля (Париж). В соответствии с Договором о сотрудничестве между указанными учреждениями в Москве проведены российско-французские семинары по актуальным проблемам психиатрии; осуществлялся обмен специалистами; подготовлен ряд совместных публикаций.  Наиболее существенным проектом российско-французкого сотрудничества является создание в Москве лаборатории контроля качества медикаментов (стоимость проекта около 17 млн.фр.фр.). В 2002г. французская компания "Идеал Медикал Продакт" приступила к строительным работам во ВНИИ медицинского приборостроения РАН; к концу года объем строительных работ составил около 80%; завершение строительства планируется в 1 кв. 2003г.  Сотрудничество с США в 2002 г. хотя и снизилось по сравнению с прошлыми годами, но продолжало развиваться по следующим направлениям: борьба с инфекционными заболеваниями, доступность качественной медицинской помощи, охрана здоровья матери и ребенка.  В ходе X заседания Российско-Американского Комитета по здравоохранению (31.07.2002) стороны согласились сосредоточить усилия по сотрудничеству в вопросах укрепления здоровья, медицинской профилактики болезней и воспитания здорового образа жизни. Выражено стремление уделять повышенное внимание вопросам профилактики и применению информационных технологий для санитарного просвещения и укрепления здорового образа жизни и поведения, особенно среди молодежи, в рамках специальных программ.  Признавая важность глобальной угрозы ВИЧ/СПИД для обеих стран, комитет поддержал целесообразность укрепления и расширения мультидисциплинарного сотрудничества в профилактике, лечении и научных исследованиях проблем ВИЧ/СПИД.  В рамках совместной работы по борьбе с туберкулезом обе стороны запланировали рассмотреть и одобрить протоколы и международно апробированные подходы к лечению полирезистентных форм заболевания, включая использование препаратов второго ряда.  Комитет рассмотрел и одобрил создание Российско-Американского межведомственного координационного совета по устранению технических барьеров в секторе здравоохранения.  Продолжилось сотрудничество в рамках созданной рабочей группы по борьбе с инфекционными болезнями Совета государств Балтийского моря по следующим направлениям: туберкулез и препаратоустойчивость, включая проблему здравоохранения в тюрьмах; ВИЧ и ЗППП, включая проблему внутривенной наркомании в группах риска; антибиотикоустойчивость и госпитальные инфекции; организация эпидемиологического надзора, гармонизация стандартов; организация медицинской помощи.  Продолжалось сотрудничество с Китаем в рамках межправительственной российско-китайской Комиссии по сотрудничеству в области образования, культуре, здравоохранению и спорту. В июне 2002 г. в Москве состоялось 2-ое заседание российско-китайской Подкомиссии по сотрудничеству в области здравоохранения. Были обсуждены и согласованы вопросы сотрудничества на очередной период, среди которых особое внимание уделено развитию взаимовыгодного сотрудничества в области традиционной китайской медицины; проведен российско-китайский семинар по вопросам сертификации лекарственных средств и медицинской техники (май 2002 г., г. Хайкоу, провинция Хайнань).  Российские ученые активно сотрудничают в области медицинской науки с зарубежными коллегами почти из 40 стран мира. Тесное сотрудничество российских научно-исследовательских институтов осуществляется с научными и учебными заведениями США, Франции, Германии, Швеции и Англии.  К настоящему времени основной формой сотрудничества стало межинститутское сотрудничество, зачастую под эгидой различных спонсоров, как зарубежных, так и отечественных, и сотрудничество с иностранными фирмами, удельный вес которого постоянно растет.  Отсутствие государственной поддержки долгосрочных научных проектов несомненно негативно сказалось на эффективности научного сотрудничества. Тем не менее и в новых весьма сложных социально - экономических условиях многие научные учреждения Минздрава России смогли добиться достаточно серьёзных успехов как в области научных исследований.  53 ВУЗа Минздрава России осуществляют международное сотрудничество по 136 договорам и 16 грантам с 33 странами мира. Наиболее активно проводятся научные исследования со странами США, Германия, Япония, Швеция, Англия и Франция.  **Научно-организационные подходы к повышению качества медицинской помощи населению**  В силу происходящих в современном обществе политических и экономических преобразований изменилась организационная структура здравоохранения. Наряду с федеральными, краевыми (областными) и муниципальными учреждениями здравоохранения появилась сеть частных организаций, оказывающих медицинскую помощь населению. Многие медико-санитарные части оказались приватизированными вместе с промышленными предприятиями и увеличили объем частной медицинской помощи, оказывая ее не за счет средств бюджета или ОМС.  В 1999г. оказанием медицинских услуг населению занимались 10,9 тыс. стационарных и 21,1 тыс. амбулаторно-поликлинических учреждений, из них соответственно 57 (0,5%) и 1,5 тыс. (7,2%) составляли негосударственные учреждения, в 2001 г. - 10,6 тыс. стационарных и 21,3 амбулаторпо-поликлинических учреждений, негосударственные учреждения - 105 (1,1%) и 2,4 тыс. (13,6%) соответственно, что свидетельствует о развитии негосударственного сектора в здравоохранении.  Получает развитие семейная медицина, как в государственном, так и во внегосударственном секторе здравоохранения. Эта форма оказания медицинской помощи, перекликается, в значительной мере, с земской медициной, и наиболее актуальна сегодня в сельской местности, в малых городах и поселках.  Приоритетом развития государственной политики в области охраны здоровья в нашей стране является обеспечение социальной доступности медицинской помощи, основой которой должно стать удовлетворение потребности гражданина в сохранении и укреплении здоровья.  Социальная доступность медицинской помощи основывается на следующих принципах:  - всеобщность, доступность, адресность;  - качество медицинской помощи;  - результативность.  Всеобщность и доступность медицинской помощи является неотъемлемым конституционным правом граждан Российской Федерации. Адресность медицинской помощи определена Программой государственных гарантий обеспечения граждан бесплатной медицинской помощью. Финансирование этой Программы осуществляется на основе заключенных договоров обязательного медицинского страхования и государственных заказов на предоставление гражданам медицинских услуг в соответствии с медицинскими показаниями за счет средств бюджетов всех уровней.  Качество медицинской помощи обеспечивается с одной стороны развитием первичной медицинско-санитарной службы, с другой - высокотехнологичными видами медицинской помощи. И тот и другой аспект требует квалифицированных медицинских кадров, принимающих клинические решения на основе научного подхода, эффективных менеджеров медицинских организаций, обеспечивающие экономическую и клиническую эффективность применяемых методов лечения.  Результативность предполагает переход к использованию в здравоохранении технологий с доказанной эффективностью и безопасностью с учетом экономической целесообразности их применения.  Жесткие экономические условия вызывают необходимость внедрения новых форм управления отраслью. На сегодняшний день необходимо добиться, чтобы результаты деятельности системы здравоохранения и финансовые затраты на эти цели находились в прямой зависимости. Одной из таких форм является создание системы управления качеством в здравоохранении.  Следует отметить, что до сих пор отсутствует единое согласованное определение понятия "качество медицинской помощи". Анализ существующих подходов к определению позволил выделить основные характеристики качества:  - соответствие медицинской помощи современному уровню развития науки, установленным требованиям, стандартам;  - оптимальное (эффективное) использование ресурсов;  - удовлетворение потребностей пациентов.  Таким образом качество - деятельность, направленная на создание таких условий медицинской помощи населению, которые позволяют выполнить заявленные государством (медицинским учреждением) гарантии в соответствии с установленными критериями и показателями качества с учетом удовлетворенности населения в получении медицинской помощи.  Некоторые из составляющих качества плохо поддаются оценке и до сих пор воспринимаются не однозначно. Это в первую очередь касается удовлетворенности пациентов медицинской помощью. Имеется различие между объективными потребностями, которые могут быть не до конца ясны самому пациенту, и его субъективными ожиданиями.  Тем не менее, ориентация на потребителя, является ключевым принципом системы управления качеством, хотя удовлетворенность ожиданий пациентов не может служить единственным или основным показателем качества медицинской помощи, так как складывается под влиянием множества факторов: эффективности лечения, отношения персонала, условия оказания помощи, личные предпочтения и ожидания и т.п.  В то же время следует указать, что удовлетворенность населения качеством медицинской помощи, по данным социологических опросов, довольно низкая: в начале 90-х годов половина населения была не удовлетворена качеством оказываемой ей медицинской помощи, а в последние годы число таких лиц увеличилось до 70%. При этом, отмечаются различия в оценке удовлетворенности качеством медицинской помощи у лиц с разным уровнем здоровья. Так, среди тех кто определяет свое здоровье, как плохое, в основном пациенты с хроническими болезнями: они вынуждены чаще контактировать с медицинской сетью, попадают в зависимость от медицинского персонала и лишь в 15% случаев удовлетворены качеством. Среди лиц с хорошим уровнем здоровья, удовлетворенных качеством медицинской помощи в 3 раза больше. Среди лиц выше среднего и высокого материального достатка неудовлетворенных качеством медицинского обслуживания в 2,5 раза меньше, чем среди лиц ниже среднего и низкого достатка. Это связано с тем, что материальные возможности позволяют обслуживаться соответствующей группе населения на более высоком уровне, у них существенно выше уровень ожиданий, причем в первую очередь не профессиональной, а сервисной составляющей медицинской помощи.  Степень удовлетворенности качеством медицинской помощи американцев колеблется от 65 до 90%, в Великобритании этот показатель определяется цифрой 40-50%.  Переход к новым экономическим отношениям в здравоохранении благодаря введению ОМС создал основу для формирования системы зашиты прав пациентов.  Сформирована и развивается система вневедомственного контроля качества медицинской помощи. Контроль качества медицинской помощи осуществляется одновременно несколькими структурами: медицинскими учреждениями, органами здравоохранения, медицинскими ассоциациями, страховыми медицинскими организациями, фондами ОМС.  Контроль качества медицинской помощи основывается на том, что участники системы ОМС действуют на основании договоров о финансировании ОМС, в которых оговаривается ответственность сторон за выполнение объема и качества медицинской помощи гражданам, стоимость медицинских услуг и порядок расчетов.  При невыполнении условий договора предусматриваются соответствующие штрафные санкции, что является мощным стимулом оказания медицинской помощи надлежащего объема и качества. Это приводит к созданию рынка услуг, конкуренции среди медицинских организаций.  Работа по организации и проведению экспертизы качества медицинской помощи в системе ОМС осуществляется практически во всех субъектах Российской Федерации. Наиболее активно проводится работа по экспертизе качества медицинской помощи в республиках Дагестан, Мордовия, Хакасия, Татарстан, Амурской, Владимирской областях и ряде других территорий. Менее активно эта работа проводится в республиках Марий Эл, Северная Осетия-Алания, Тюменской, Ульяновской областях.  По имеющимся данным, большая часть экспертиз качества медицинской помощи проводится в плановом порядке, что свидетельствует о высоком уровне организации работ по проведению вневедомственной экспертизы. В первом полугодии 2002г. по сравнению с аналогичным периодом 2001г. уменьшился удельный вес плановых экспертиз, но увеличился удельный вес повторных.  Проводится также экспертиза качества оказанной медицинской помощи по обращениям застрахованных.  За первое полугодие 2002г. от граждан поступило обращений на 1,2% больше, чем за первое полугодие 2001г. Наибольшее количество обращений имело место в Республике Калмыкия, г. г. Москве, Санкт-Петербурге, Московской, Кемеровской, Курганской областях.  Из обращений, связанных с нарушением прав граждан в системе ОМС, основное место занимают обращения по вопросам обеспечения страховыми медицинскими полисами (67,0%), из них признано обоснованными 68,5%. Вторую по частоте группу составили обращения на недостатки в лекарственном обеспечении (8,6%), из них обоснованные 63,8%; третью - на нарушение права выбора лечебного учреждения в системе ОМС (7,2%), их них обоснованные 86,0%.  Следует отметить основные нарушения, выявленные при проведении экспертизы качества медицинской помощи: медицинская помощь ненадлежащего качества, завышение объема оказанной медицинской помощи, действия, препятствующие проведению экспертизы, несоответствие сроков госпитализации.  Введение экспертизы качества медицинской помощи позволяет обеспечивать финансовый контроль за ее оказанием.  В среднем по Российской Федерации в расчете на 10 тыс. населения по результатам экспертизы качества медицинской помощи и медико-экономических экспертиз с медицинских учреждений удержано 54750,6 руб. Выше среднего по Российской Федерации этот показатель в Чукотском АО, г. Санкт-Петербурге, Ямало-Ненецком АО, Республике Дагестан, Камчатской, Ивановской областях. Низкий показатель в Новгородской, Астраханской, Томской, Рязанской областях.  В течение последнего десятилетия произошло значительное перевооружение медицинских организаций современной техникой и технологиями. Повсеместно стали доступны ультразвуковые методы визуализации, эндоскопические методы диагностики и лечения. Многие крупные больницы пользуются биохимическими анализаторами и анализаторами крови. Перестали быть редкостью Холтеровское мониторирование и суточное мониторирование артериального давления. В онкологии и гематологии внедряются цитогенетические и иммуноферментные методы диагностики.  Резко изменился спектр лекарственных средств: на смену малоэффективным пришли лекарства, доказано уменьшающие проявления болезней, существенно влияющие на продолжительность жизни. Расширилась доступность высокотехнологических методов оказания помощи: кардиохирургические и сосудистые операции, трансплантации почек, костного мозга и стволовых клеток, постепенно внедряется трансплантация печени.  Все это требует больших вложений в ресурсную составляющую качества медицинской помощи. Возрастает значение выбора тех или иных технологий, лекарственных средств на основе результатов клинико-экономического анализа. В отечественном здравоохранении с целью оценки деятельности медицинских учреждений традиционно используются показатели государственной статистической отчетности, такие как работа койки, больничная летальность, посещение, частота совпадений или расхождений клинических и патологоанатомических диагнозов и т.д.  Перечисленные показатели в основном отражают степень соблюдения организационных принципов оказания медицинской помощи. При этом, оценка качества медицинской помощи и ее эффективности зачастую не проводится, в то время как современные управленческие технологии должны реализовывать комплексный подход к оценке качества, оценивать как процесс оказания медицинской помощи, так и достижение результата. Опыт международных проектов в Тверской, Калужской, Тульской областях и ряде других регионов показал приемлемость этих подходов в нашей стране.  Одним из механизмов повышения качества медицинской помощи является материальное стимулирование персонала. До сегодняшнего дня так и не удалось разрешить проблему, столь характерную еще для советского здравоохранения: связь оплаты труда с ее объемом и, главное, с ее качеством. По-прежнему преобладает валовой принцип, создающий заинтересованность у медицинских работников в заболеваемости населения, а не в профилактической деятельности, поскольку оплачиваются посещения, койко-дни, случаи поликлинического обслуживания или стационарного лечения и т.д., но только не сохранение здоровья населения.  Сегодня на первый план выходят задачи по совершенствованию способов оплаты труда медицинских работников и всего механизма финансирования медицинских учреждений. Необходимо создать экономическую заинтересованность в качественной и эффективной медицинской помощи всех ее участников: медицинских работников, администраторов и пациентов.  Оплата труда работников бюджетной сферы в здравоохранении в настоящее время осуществляется, как правило, на основе Единой тарифной сетки, которая не только не обладает стимулирующей функцией, но и, не всегда обеспечивает воспроизводственную функцию.  Это неизбежно приводит к положению, когда на одну заработную плату медику прожить невозможно и приходится максимально использовать "теневой сектор" экономики, дабы обеспечить хотя бы тот самый прожиточный минимум.  Назрела необходимость в создании механизмов, связывающих качество работы с заинтересованностью ее исполнителей, так как многочисленные факты свидетельствуют о том, что материальное стимулирование более эффективно, чем административные меры.  До сих пор попытки увязать оплату труда с объемом и качеством медицинской помощи в России сводятся в основном к штрафным санкциям на основании экспертизы медицинской документации, то есть носят преимущественно административный характер. В то же время последнее десятилетие ознаменовано в мировой экономике принципиальным изменением системы мотивации: переход от поиска и наказания провинившихся к стимулированию выявления и решения существующих проблем.  Это заставляет все более остро ставить вопрос о том, что систему оплаты медицинских услуг и единую тарифную сетку, регламентирующую заработок медиков, необходимо дополнить научно обоснованной системой материального стимулирования с учетом объема, сложности, эффективности и качества выполняемой работы.  Создание гибких стимулирующих систем оплаты труда, позволяющих выше оплачивать лучший труд, удерживать хороших специалистов и стимулировать достижение определенных результатов, стало реальным с изменением системы финансирования: с введением медицинского страхования, платных медицинских услуг.  При определении подходов к механизмам оплаты труда медицинских работников необходимо учитывать, что заработная плата должна:  - отражать стоимость произведенных товаров и затраченный на их производство труд;  - обеспечивать удовлетворительное существование работника и возможность его продолжать трудовую деятельность;  - выполнять стимулирующую функцию, то есть заинтересовывать трудящегося в увеличении количественных показателей и улучшении его качества.  Очевидно, что выбор системы оплаты медицинских работников и ее организация должны, в первую очередь, преследовать стимулирование объема и высокого качества оказания медицинской помощи.  Действительно, чем больше объем обоснованной медицинской помощи, тем больше вклад медиков в процесс воспроизводства здоровья населения, а, следовательно, в его трудовой потенциал и производство национального продукта. Поэтому логично заплатить больше тому, кто выполняет больший объем работы.  Но, поскольку медицинская помощь нужна не ради количества услуг, а для достижения какого-то определенного результата, связанного с восстановлением утраченного здоровья или его сохранением, то справедливо было бы также заплатить больше тому, кто добивается наилучших результатов. Естественно, что степень достижения этих результатов во многом зависит от качества оказания медицинской помощи, то есть использования адекватных современных технологий и точного их соблюдения, поэтому без стимулирования качества тоже никак не обойтись.  Все это заставляет ставить вопрос о том, что систему оплаты медицинских услуг в учреждениях и единую тарифную сетку, регламентирующую заработок медиков, необходимо дополнить научно обоснованной системой материального стимулирования с учетом объема, качества и эффективности выполняемой работы. Заработная плата работников должна формироваться из двух составляющих - константной, зависящей от объемов выполненной работы и переменной, обусловленной качеством выполненной работы. Такой подход позволит дифференцировать оплату, связав ее и с количеством и с качеством оказанной медицинской помощи.  Произошедшие в последние годы изменения в нормативно-правовой базе, возможность получать дополнительные средства за счет заключения договоров обязательного и добровольного медицинского страхования, платных медицинских услуг, позволяют руководителям медицинских организаций уже в настоящее время разрабатывать и внедрять различные методы экономического управления, в том числе и системы материального стимулирования медицинских работников путем дифференциации оплаты труда с учетом объема и качества оказываемой медицинской помощи. Однако, роль регулирующих документов - постановлений Правительства, приказов и др. в этом вопросе нельзя переоценить.  Система здравоохранения является одной из самых затратных областей экономики. Здравоохранение испытывает дефицит финансовых средств.  Стоимость медицинской помощи растет во всем мире большими темпами. Так в США рост стоимости лекарств составлял в последнее десятилетие 15% в год, а в 2001 году - 19%. Связано это с появлением новых дорогостоящих технологий, новых лекарственных средств, увеличением объемов медицинской помощи из-за постарения населения. Одновременно не происходит уменьшения объемов применения неэффективных, хотя и не дорогих технологий и лекарств.  Ответственными за здоровье является само население, государство не в состоянии полностью взять на себя заботу о состоянии здоровья своих граждан. Такое положение привело к формированию в развитых странах концепции "ответственного самолечения".  Таким образом, важнейшим элементом современной политики здравоохранения является формирование у людей потребности быть здоровым, вести здоровый образ жизни, быть ответственным за состояние своего здоровья и здоровье своих детей. В действительности, только около 10% лиц, по мнению врачей, заботятся о своем здоровье.  Работа с населением, информирование его, активное вовлечение в осуществлении понятных и доступных для каждого мер охраны и укрепления своего здоровья дают эффект продления активной жизни значительно больший, чем может сделать сегодня медицина.  Проведение профилактической работы в современных условиях требует координации действий органов исполнительной власти всех уровней с общественными, благотворительными и религиозными организациями.  Следует активизировать работу по организации и проведению пропагандистской работы, в том числе через средства массовой информации.  Профилактика должна быть активной, не только сохраняющей здоровье, но и способствующей его наращиванию, своевременной и конкретной коррекции.  Принятая во всем мире концепция "ответственного самолечения", призванная облегчить финансовое бремя здравоохранения для бюджета, в значительной мере перекликается с существовавшей долгие годы в нашей стране системой санитарного просвещения населения. Необходимо возрождать систему массового санитарно-гигиенического обучения населения, которое должно знать и уметь применять методики самооздоровления, самоконтроля, продления периода активной жизни, оказания само- и взаимопомощи, лечения относительно легких недугов и синдромов на основе современных медицинских технологий.  Профилактика всегда являлась основным принципом отечественного здравоохранения и сегодня назрела необходимость широкого развития в системе здравоохранения профилактической службы. Необходимо разработать экономически обоснованные методы профилактики, отказавшись от устаревших представлений и методик оздоровления. Именно здесь можно сделать огромный рывок в охране здоровья граждан, используя современные достижения "медицины, основанной на доказательствах" и клинико-экономического анализа. Вместе с тем, необходимо приложить максимум усилий к созданию здоровой среды обитания, отказу от вредных привычек. Основной жизненной ценностью для населения должен стать культ здоровья, здорового образа жизни.  Рост личной ответственности населения возрастает в случаях участия пациента в оплате медицинских услуг. При этом, очевидно, что, не нарушая конституционного права на охрану здоровья, население может и должно взять на себя часть расходов на удовлетворение своих индивидуальных потребностей в этой области. Как и во всем мире, бесплатная медицинская помощь может ограничиваться рядом условий, например, выполнением пациентом врачебных предписаний.  По данным Минэкономразвития России доля платных услуг населению в общем объеме финансирования государственных и муниципальных учреждений социальной сферы возросла с 0,5 в 1995 г. до 30% в 2001 г.  При этом, сохраняется тенденция опережающего темпа роста объемов платных медицинских услуг по сравнению с темпами общего объема платных услуг, предоставляемых населению. Объем платных медицинских услуг составил в 1999 г. 19,8 млрд. руб., в 2000г. - 27,5 млрд. руб., в 2001 г. - 37,8 млрд. руб.  В этом вопросе основополагающей является позиция, отражающая желание пациента получить услуги за плату, в том числе с повышением уровня комфортности. Нормативно установлено, что при предоставлении платных медицинских услуг не должны ухудшаться доступность и качество бесплатной медицинской помощи.  Вместе с тем, отмечается ряд существенных недостатков при оказании платных медицинских услуг. Прежде всего, это недостаточный контроль за организацией и качеством выполнения платных медицинских услуг населению, а также правильностью взимания платы с населения со стороны государственных медицинских организаций, так и негосударственных структур.  Первоначально развитие платных услуг в здравоохранении России рассматривалось как фактор расширения прав потребителя на выбор поставщика медицинской услуги. Сокращение возможности государства по финансированию бесплатного предоставления населению медицинской помощи приводит к развитию рынка платных медицинских услуг.  Значительное сокращение общественного финансирования здравоохранения в переходный период не повлекло пересмотра обязательств государства по охране здоровья граждан. Потребность в медицинской помощи не может сократиться - она должна увеличиваться вместе с постарением населения. Следовательно, недофинансирование из бюджетных источников и системы ОМС будет восполнено за счет личных средств граждан. В этих условиях крайне важно, чтобы средства от оказания платных услуг поступали в медицинские учреждения на легальной основе и не  увеличивали теневой оборот средств в экономике, а качество предоставляемых услуг соответствовало существующим стандартам.  Длительное сохранение дисбаланса между государственными обязательствами и реальными финансовыми потоками оказывает разрушительное влияние на всю систему здравоохранения и прежде всего приводит к нарастанию теневой платности медицинской помощи.  Относительно невысокий уровень жизни, отсутствие координирующих механизмов может привести к реальному ограничению доступности медицинской помощи для широких слоев населения, и в частности, социально уязвимых категорий. Следует признать, что значительную часть средств от оказания платных медицинских услуг получают не субъекты негосударственного сектора здравоохранения, а государственные и муниципальные медицинские учреждения, в которых идет неуправляемый процесс, скрытой и, в то же время, общепризнанной коммерциализации.  Этот факт нашел отражение в Послании Президента Российской Федерации Федеральному Собранию Российской Федерации "О положении в стране и основных направлениях внутренней и внешней политики государства". Президент Российской Федерации В. В. Путин отметил, что "нарастание платности порождает скрытую коммерциализацию государственных и муниципальных больниц и лечебниц. При этом система медицинского страхования, которая призвана компенсировать больным людям расходы на лечение, действует неэффективно. По факту, на основе сети бюджетных медучреждений, у нас сформировалась скрытая, но почти узаконенная система платной медицинской помощи, в которой подчас царит произвол, и нет вообще никакой социальной справедливости".  Организованные Минздравом России, социологические исследования показывают, что в оказании платных медицинских услуг в большей степени заинтересовано руководство медицинских организаций, так как дополнительно поступающие средства дают ему возможность направить их на текущее содержание учреждений. При этом врачам, особенно высококвалифицированным, экономически не выгодно заниматься оказанием таких услуг официально, так как оплата их труда незначительна и составляет не более 20% от поступающих средств. В существующих условиях оплаты труда, медицинскому персоналу гораздо выгоднее получить "вознаграждение" за медицинскую помощь напрямую.  В условиях дефицита финансовых средств возникает дефицит качественного медицинского обслуживания, который в свою очередь влечет за собой распространение неформальных механизмов распределения и усиление неравенства доступа к бесплатным медицинским услугам, оказываемым государственными и муниципальными учреждениями здравоохранения.  Несмотря на имеющуюся тенденцию к увеличению государственного объема финансирования системы здравоохранения (например, на федеральном уровне бюджет здравоохранения 2002 г. почти в 3 раза больше бюджета 1999 г.) позиция постоянного дефицита средств, лекарств, оборудования закреплена в сознании и медицинских работников, и пациентов, что приводит к стимулированию развития платных медицинских услуг.  Система добровольного медицинского страхования, призванная решить многие финансовые проблемы по смягчению последствий заболеваний населения, не получила должного развития по нескольким причинам. Действующая нормативно-правовая база не позволяет широко использовать данную практику ввиду неопределенности критериев разграничения сферы деятельности отношений по добровольному и обязательному медицинскому страхованию. Второй причиной является консервативное отношение и недостаточная информированность населения о преимуществах и недостатках такой системы. Неудовлетворительная организация лечения по добровольному страхованию и негативный опыт внедрения системы медицинского страхования в целом так же являются отрицательными факторами. Нередко вместо добровольного страхования пациенту оказываются платные услуги: например при необходимости госпитализации в стационар, или консультации специалиста. При этом выхолащивается сама суть страхования: оплата страхового случая из консолидированного фонда страховой компании. Потребители услуг зачастую не располагают достоверной информацией о возможностях получения бесплатной медицинской помощи и стоимости услуг, что приводит к неоправданным затратам на приобретение требуемых услуг и создает предпосылки для развития практики теневых платежей в здравоохранении. Создавшееся положение удобно всем - и компаниям и медицинским учреждениям, и администрации - не удобно только пациенту, вынужденному оплачивать помощь в завуалированном виде.  Сохраняется разрыв в финансовых отношениях между государственными и негосударственными медицинскими учреждениями. Во многих регионах страны негосударственные медицинские организации не участвуют в оказании медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию. Не разработана система софинансирования, принятая в большинстве стран мира, когда пациент оплачивает лишь разницу в стоимости между тарифом ОМС и тарифом на платную услуг. Вместо этого пациент, обращаясь в негосударственную медицинскую организацию вынужден оплачивать полную коммерческую стоимость услуг. Такая дискриминация негосударственного сектора здравоохранения привела к почти полному исчезновению контроля со стороны государства за качеством медицинской помощи в них, появлению в ряде регионов различных "полузаконных" медицинских инспекций, существующих за счет средств проверяемых ими организаций.  Все перечисленное негативно сказывается на объеме налоговых поступлений, деморализует общество, систему здравоохранения и ОМС, заинтересовывая поставщиков медицинских услуг в получении дополнительных доходов и ориентируя потребителей на вступление в неофициальные финансовые отношения с медицинским персоналом.  Отсутствие нормативно-правового регулирования платных медицинских услуг и четкого определения видов и объемов медицинской помощи, обеспеченных государственным финансированием приводит к:  - снижению доступности в получении бесплатной медицинской помощи, особенно среди малоимущих слоев населения и имеющих низкий социальный статус;  - развитию "теневого" рынка медицинских услуг и как следствие сокрытие из налогооблагаемой базы незаконно полученных доходов;  - не возмещению расходов бюджетов всех уровней при оказании неофициальных платных медицинских услуг, в первую очередь - постоянных затрат.  Минздрав России считает, что дальнейшее развитие этих негативных тенденций является фактором угрозы национальной безопасности России, связанной с состоянием здоровья ее граждан.  Политика государства должна быть направлена на создание условий, препятствующих развитию "теневого" рынка медицинских услуг. В первую очередь это должны быть реализация мер по развитию добровольного медицинского страхования с ликвидацией разрыва в уровне оплаты труда в реальном секторе экономики и бюджетной сфере. Одновременно необходимо создавать условия для обеспечения качества медицинской помощи во всех медицинских организациях не зависимо от форм собственности и источников финансирования.  Санитарная грамотность населения способствует росту требований к медицинским работникам, что в свою очередь ведет к увеличению числа обращений в суды о возмещении материального и морального ущерба, вызванного неквалифицированными и недобросовестными действиями врачей.  Наличие совершенной нормативной базы обеспечивающей защиту и права пациента, и систему профессиональной ответственности медицинских работников, являются еще одной составляющей качества.  Все большее распространение получает практика, когда к врачам предъявляются иски на основании "Закона о защите прав потребителей". И хотя самих по себе таких случаев еще относительно немного, важно, что они имеют силу прецедента, изменяя характер взаимоотношений врача и пациента. Профессия медицинского работника обретает новое качество, становится полем не только законодательного регулирования, но и повседневного юридического контроля.  В свете происходящих перемен меняется и социальная роль врача и вообще медицинского работника. Взаимоотношения между врачом и пациентом приобретают черты, которые характерны для взаимоотношений между производителем (поставщиком) услуг и их потребителем.  Именно права пациентов становятся одним из самых значимых вопросов, встающих в ходе преобразований в здравоохранении. Новый тип взаимоотношений врача и пациента, исходящий, прежде всего, из признания автономии пациента, его права на самоопределение, обсуждение и собственное мнение в принятии решений, направлен, помимо вопросов диагностирования и лечения, на осмысление последствий - социальных, психологических, экономических, моральных и других. На сегодняшний день можно констатировать, что в стране сделан определенный шаг к защите прав пациента. Само по себе это очень важно, но необходима дальнейшая работа по детализации таких прав, разработке механизмов их гарантии, по соотнесению прав пациентов с обязанностями и правами врача.  Внедрение новых медицинских технологий, оснащение медицинских организаций современным оборудованием, в том числе диагностическим, способствует лучшей выявляемости патологии. Например, это можно отнести к уровням заболеваемости болезнями органов пищеварения, которые за последние 10 лет выросли в целом в 1,6 раза, а у подростков почти в 2 раза. Как оценивать, эти показатели? Высокие показатели заболеваемости по данным обращаемости населения указывают на эффективность здравоохранения, на ее доступность и высокую оснащенность.  Однако при этом следует ожидать снижения показателей смертности, увеличения продолжительности жизни и доли лиц старших возрастов. В реальной действительности картина иная, рост показателей смертности населения происходит на фоне несоответствующих интенсивности этого явления изменений показателей распространенности среди населения патологических состояний, являющихся основными причинами смерти. Значит, эффективность терапии остается невысокой. Вместе с тем, как показывает практика внедрения систем управления качеством в регионах России, резервы имеются: в Тульской области в результате реализации пилотного проекта зарегистрированная заболеваемость артериальной гипертонией возросла в 20 раз при одновременном снижении числа госпитализаций в 2,5 раза и частоты гипертонических кризов в 4,5 раза. В Тверской области в рамках аналогичного проекта получено снижение частоты артериальной гипертензии у беременных почти в 10 раз, а уровня госпитализации в 60 раз за счет оказания адекватной помощи на догоспитальном этапе.  Развитие новых организационных форм, таких как школ здоровья также способствуют улучшению состояния здоровья населения. Например, наиболее эффективным подразделением диабетологической службы является организация школ по обучению больных сахарным диабетом. Опыт работы школ показывает, что у больных прошедших обучение достоверно снижается частота эпизодов кетоацидоза и диабетической комы, предупреждает развитие осложнений: в 98% случаев позволяет избежать хирургического вмешательства в группе больных с нейропатической инфицированной формой синдрома диабетической стопы, у 60% пациентов с нейро-ишемической формой избежать ампутации на уровне стопы, у 25% больных с критической ишемией избежать высокой ампутации на уровне бедра и на 50% уменьшить частоту образования язв стопы в группе высокого риска. Кроме того, уменьшается количество дней временной нетрудоспособности, что приносит значительный экономический эффект.  Внедрение эффективных лечебно-диагностических технологий позволило на новом методическом уровне решать проблемы сохранения и восстановления репродуктивной функции: сократить послеоперационные осложнения в 2,6 раза, сроки пребывания в стационаре - на 50%, объем лекарственной помощи - на 20%; пролонгировать беременность при невынашивании до родов у 95-97% женщин; сократить сроки обследования и лечения при бесплодии в браке с 1,5 лет до 2-4 месяцев, повысить эффективность лечения бесплодия у 60-70% супружеских пар.  Урология как клиническая дисциплина представляет собой один из ярких примеров, когда благодаря внедрению новых технологий произошло не просто изменение тактики лечения некоторых урологических заболеваний, а переворот, позволивший значительно повысить качество лечения и последующей жизни пациента.  В настоящее время освоены и продолжают разрабатываться новые диагностические и оперативные пособия, позволяющие в большинстве случаев избежать открытой операции и наркоза, и, не меняя фундаментальных принципов и основ лечения, достичь того же результата, но со значительно меньшим риском для больного и органа, что позволяет значительно повысить качество лечения.  В НИИ урологии Минздрава России среди методов лечения локализованного рака простаты свое место заняла брахитерапия - пункционная внутритканевая лучевая терапия с помощью зерен радиоактивного препарата 125 йода. Первый опыт применения данной методики у более чем 50 больных дает вполне обнадеживающие результаты. Внедрение данного метода позволяет избежать высокотравматичной операции, которая имеет значительное число осложнений. Для выполнения процедуры необходима госпитализация на 2-3 дня, а при выполнении стандартной операции - 20-25 дней.  Еще более впечатляющие результаты получены при разработке и применении эндоскопических операций при полной непроходимости уретры, в том числе при посттравматической и рецидивной ее облитерации (эндоскопическая реканализация уретры). Сегодня лечение большинства больных с подобными заболеваниями начинается в клинике с эндоскопического восстановления проходимости уретры путем оптической уретротомии холодным ножом или электроуретротомии в сочетании с трансуретральной резекцией уретры. Использование данной методики сокращает сроки госпитализации до 3 недель против 7-8 недель после традиционной операции на уретре, а также позволяет лучше социально реабилитировать пациента вследствие меньшего количества осложнений.  Внедрение рентгеноэндоскопических методов диагностики и лечения внесло значительные изменения и в тактику ведения пациентов с папиллярными опухолями выводящих мочевых путей. В НИИ урологии более чем 100 больным с подозрением на папиллярную опухоль выводящих мочевых путей в качестве завершающего диагностического этапа была выполнена трансуретральная уретеронефроскопия и перкутанная нефроскопия с биопсией, которая у большинства подтвердила (установила) диагноз - опухоль. Среди них более 20 пациентам с одиночными папиллярными опухолями было выполнено эндоскопическое лечение, что позволило значительно (с 16 до 5 койко-дней) сократить сроки госпитализации и социальной реабилитации пациентов.  Создание специальных нефрорезектоскопов и уретеротомов значительно расширили возможности внутрипочечной электрохирургии и "холодной" эндотомии, позволив эффективно применять рентгеноэндоскопические методики в лечении стриктур выводящих мочевых путей, к которым относится бужирование, баллонная дилатация и эндотомия (рассечение) стриктур всех отделов мочеточника, лоханочно-мочеточникового сегмента и шеек чашечек.  Заслуживает положительной оценки тесная интегрированная работа, проводимая между учеными и практическими врачами например, по вопросам новых технологий в организации профилактики и лечения заболеваний, передаваемых половым путем. Научные исследования, проведенные по изучению генома антигенных структур наиболее часто встречающихся возбудителей ЗППП, позволили определить основные элементы новой стратегии в разработке молекулярной высокочувствительной и специфической диагностики и адекватной терапии этой инфекционной патологии человека и соответственно повысить качество медицинской помощи населению.  Внедрение общей врачебной практики приводит к снижению уровня госпитализации на 30% и сокращению обращаемости в службу скорой и неотложной области. В лице врача общей практики в стране появится специалист, берущий на себя ответственность за здоровье пациента с учетом его семейного и социального статуса, улучшится доступность и непрерывность и повыситься качество медицинской помощи.  К сожалению, следует признать, что оснащение медицинских организаций современным оборудованием, произошедшее в 90-х годах, не позволило снизить за счет этого длительность пребывания больного в стационаре и увеличить оборот койки.  Вместе с тем не всегда оправдано сокращение показателей койко-дня. Так в Канаде сокращение времени пребывания в стационаре до 2 дней после мастэктомии привело к скачкообразному росту послеоперационных гнойных осложнений и потребовало увеличения затрат на их лечение вместо ожидаемой экономии средств. Во всем должна быть научная обоснованность и взвешенность - именно эти позиции характеризуют систему управления качеством.  Анализ материалов о состоянии здоровья населения в регионах свидетельствуют о значительном разнообразии показателей. Так, различия в показателях смертности в трудоспособных возрастах от болезней системы кровообращения достигают 1,7 раза, от травм и отравлений, болезней органов пищеварения - 2-2,5 раза. Такой же разброс наблюдается и по другим показателям, что связано не только с влиянием системы здравоохранения на здоровье, но с экономическими, социальными факторами и др. Необходим углубленный анализ региональных особенностей и состояния здоровья, для уточнения причин этих различий и определению мероприятий, необходимых для достижения того уровня здоровья населения и деятельности здравоохранения, который достигнут на других территориях, близких по своей деятельности и составу населения.  Современная концепция управления качеством подчеркивает необходимость планирования деятельности по совершенствованию качества, на практике доказана трехстадийность данного процесса: планирование качества, контроль качества, улучшение качества. Планирование качества является неотъемлемой составляющей процесса управления. Контроль качества является обязанностью экспертов, следящих за технологическим процессом и выявляющих отклонения от заданных параметров. Качество требует постоянного совершенствования и должно находиться в непрерывном развитии. Планирование качества осуществляется на основе выводов, сделанных в процессе улучшения качества и направлено на то, чтобы избежать совершенных ошибок и выйти на "новый виток качества".  Основными элементами системы стратегического планирования качества являются: постоянное отслеживание тенденций изменения потребностей и предпочтений потребителей медицинской помощи; установление оптимальных целей в области качества; создание и внедрение системы объективных методов измерения качества; планирование процессов, способствующих достижению целей в области качества; оптимизация ценообразования; снижение уровня брака, как на управленческом, так и на производственном этапе. Каждая фаза процесса планирования качества имеет входящие (поставщики, провайдеры) и выходящие (потребители) потоки. Отношения "поставщик-потребитель" должны переноситься на все этапы процесса оказания медицинской помощи.  Контроль качества, как управленческий инструмент, предполагает последовательное выполнение следующих действий:  · установление критериев (стандартов) качества;  · оценка соответствия объекта контроля принятым требованиям и критериям;  · система действий в случае несоответствия принятым стандартам;  · планирование совершенствования требований стандартов.  Методология управления качеством в здравоохранении базируется на обеспечении работника адекватными условиями, научно-обоснованными технологиями, в то же время подразумевает личную ответственность за результаты. В целом такой подход декларируется международной системой управления качеством известной как ИСО 9000.  В последние годы отдельные элементы системы управления качеством получили развитие в здравоохранении. Создана система стандартизации, введены в действие первые документы, касающиеся медицинских технологий, появились отраслевые классификаторы. Минздрав России динамично развивает ведомственную систему лицензирования. Работа в этом направлении продолжается, планируется создание Федерального центра стандартизации, лицензирования и аккредитации в здравоохранении, активизируются процессы стандартизации в субъектах Российской Федерации и учреждениях здравоохранения.  Необходимо внедрение единой технологии лицензирования в здравоохранении, аккредитации медицинских учреждений и сертификации медицинских услуг.  Налаживается работа Федеральной системы внешнего контроля качества лабораторных исследований. Медицинское страхование привело к совершенствованию ведомственного и вневедомственного контроля качества медицинской помощи.  Однако, отсутствие системного подхода, несовершенство законодательной и нормативно-правовой базы не позволяет принимать научно-обоснованные решения по тактическому и стратегическому планированию, в том числе оптимизировать клиническую деятельность.  Все вышесказанное обусловило необходимость проведения Всероссийского совещания "Управление качеством медицинской помощи", которое состоялось в ноябре 2002г. в г. Воронеже. На совещании присутствовали практически все руководители органов управления здравоохранением, главные врачи областных больниц и др.  Минздрав России на совещании представил для обсуждения проект отраслевой целевой программы "Управление качеством в здравоохранении на 2003-2007 годы", который получил одобрение участников совещания. Было рекомендовано принять его за основу. Проект отраслевой целевой программы после доработки, с учетом предложений от субъектов Российской Федерации, представлен на текущей коллегии Минздрава России для утверждения.  Целью Программы является создание системы управления качеством в здравоохранении в целях укрепления здоровья населения и эффективного восстановления его в случае утраты.  Программа будет реализовываться в два этапа: первый этап - 2003-2005 гг., второй этап - 2006-2007 гг.  Для достижения поставленной цели будут решены следующие задачи:  1. Разработка и внедрение единой стратегии непрерывного улучшения качества продукции и услуг в здравоохранении на всей территории Российской Федерации, гармонизированной с международными стандартами в области обеспечения качества.  2. Создание службы управления качеством в здравоохранении.  3. Развитие стандартизации, лицензирования, сертификации, аккредитации и аттестации в здравоохранении.  4. Обеспечение эффективного взаимодействия между органами управления здравоохранением на всех уровнях, фондами обязательного медицинского страхования, организациями здравоохранения, страховыми медицинскими организациями, и др. организациями в целях непрерывного повышения качества продукции и услуг в здравоохранении.  5. Переход к использованию в здравоохранении технологий с доказанной эффективностью и безопасностью с учетом экономической целесообразности их применения.  6. Формирование мотивации, разработка и внедрение экономических механизмов стимулирования медицинских работников к участию в деятельности по непрерывному повышению качества продукции и услуг в здравоохранении.  Система управления качеством в здравоохранении Российской Федерации должна основываться на следующих принципах:  1. В центре системы здравоохранения находятся потребности гражданина в сохранении и укреплении здоровья.  2. Принятие клинических и управленческих решений основывается только на научном подходе.  3. Система управления качеством расширяет стереотипы от привычного контроля индивидуального выполнения работ, к совершенствованию технологических процессов и их ресурсного обеспечения.  4. Система соответствует законодательству, нормативно-правовым актам Российской Федерации, международным нормативным документам и современным достижениям науки.  5. Необходимо обеспечить возможность контроля установленных требований объективными методами.  Разработка и внедрение единой стратегии непрерывного улучшения качества в здравоохранении подразумевает:  · разработку Плана мероприятий по реализации отраслевой Программы;  · формирование Дирекции Программы;  · совершенствование правовой и нормативной базы;  · разработку программ управления качеством и планов мероприятий по ее реализации в здравоохранении каждого субъекта Федерации и на уровне каждой медицинской организации;  · совершенствование системы государственной медицинской статистической отчетности;  · разработка программ обучения методологии управления качеством в здравоохранении на различных уровнях медицинского образования.  Важнейшим элементом реализации программы является создание службы управления качеством в здравоохранении, с проведением следующих основных мероприятий:  · Разработка методологических подходов и технологий управления качеством по основным направлениям: оказание медицинской помощи, профилактические мероприятия и программы, экономические механизмы управления.  · Формирование организационных структур по управлению качеством в здравоохранении на всех уровнях, выделение главных специалистов по качеству.  · Разработка критериев и методов оценки эффективности и прогнозирования.  Выполнение Программы не возможно без эффективного взаимодействия между органами управления здравоохранением на всех уровнях, фондами обязательного медицинского страхования, организациями и учреждениями здравоохранения. Это потребует разработки модели взаимодействия и соглашений о сотрудничестве, унификации тарифной политики, создания системы оплаты труда и расчетов за оказание медицинской помощи с учетом объема и качества выполнения работ и услуг.  Научное обоснование технологий в здравоохранении и их ресурсного обеспечения строится на принципах медицины, основанной на доказательствах и клинико-экономическом анализе. Для реализации этой задачи необходимо расширение и координация научных исследований, разработка действенных механизмов внедрения их результатов в практику, обеспечение доступа к результатам исследований, обучение медицинских работников, вопросам комплексной оценки медико-социальной и экономической эффективности. |