

1992 г., профессию не менял, работает слесарем на заводе, за медицинской помощью не обращался, жалоб не предъявляет.

Успешное лечение ранений сердца в условиях сельской районной больницы стало возможным благодаря развитию сети скорой медицинской помощи в районе, ее техническому обеспечению, совершенствованию анестезиологической и реанимационной служб, круглосуточному дежурству врачей-хирургов и анестезиологов в стационаре ЦРБ. Техника проведения данных операций несложна, но требует экстренности.

Примечание редакции. Обращаем внимание на то, что на раны сердца предпочтительно накладывать П-образные швы. Хирургические отделения ЦРБ должны иметь атрауматический шовный материал для экстренных случаев подобного рода.

УДК 616.33—006.441

А. Н. Сошин (г. Йошкар-Ола). Солитарная злокачественная лимфома желудка

В настоящее время возможности своевременной диагностики злокачественных лимфом желудка значительно возросли, что объясняется достижениями в практике хирургического, лучевого и медикаментозного лечения. При этом следует учесть, что прогноз при изолированных лимфомах желудка лучше, чем при раке, и период продолжительности жизни после своевременного лечения более значительный.

Среди злокачественных образований желудочно-кишечного тракта лимфомы составляют 1—3%. Особенно сложна диагностика изолированного поражения желудка, когда опухоль первоначально развивается только в этом органе. Нередко она имитирует рак желудка, язвенную болезнь, что во многом объясняется отсутствием специфических кли-

нико-лабораторных и рентгенологических признаков.

Приводим наши наблюдения.

К., 35 лет. На стационарное лечение поступил в сентябре 1991 г. по поводу впервые выявленной язвенной болезни желудка. Болен в течение полугода, жалуется на боли в эпигастрии, иррадиирующие в область сердца, и на слабость.

За месяц до поступления на лечение при рентгенологическом обследовании у больного был заподозрен рак желудка; при гастроскопии в нижней трети тела желудка по большой кривизне определена хроническая язва диаметром до 3 см, требующая морфологической оценки. Биопсия не выявила злокачественного процесса.

При повторной гастроскопии с биопсией, проведенной во время пребывания в стационаре, обнаружена хроническая прогрессирующая язва желудка. Консервативное лечение в течение полутора месяцев оказалось безуспешным. Дополнительная биопсия показала скопление молодых лимфоидных элементов (пролимфоцитов, лимфобластов) и множества клеток, готовящихся к лизису. На основании результатов цитологического и гистологического анализов высказано предположение о злокачественности лимфомы желудка.

В декабре 1991 г. произведена лапаротомия. В нижней трети тела желудка по большой кривизне обнаружен плотный инфильтрат с кратерообразным углублением. Серозная оболочка в области инфильтрата не изменена. Выполнены гастротомия, экспресс-биопсия опухоли. Заключение гистологического исследования: лимфоцитарная лимфома.

Произведена резекция $\frac{2}{3}$ желудка. Послеоперационный период протекал без осложнений. Проведены 3 курса химиотерапии. Наблюдается в течение двух лет. Самочувствие хорошее, рецидива и метастазов опухоли не обнаружено.

СОЦИАЛЬНАЯ ГИГИЕНА И ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

УДК 61:368.4(470.323)

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ РЕФОРМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ МАРИЙ ЭЛ

В. П. Рассанов

Министерство здравоохранения Республики Марий Эл

В 1989—1992 гг. в соответствии с рекомендациями Министерства здравоохранения СССР медицинские учреждения Республики Марий Эл осуществили переход на новые условия хозяйствования. В ходе реализации Положения о новом хозяйственном механизме были отработаны принципы ценообразования и рекомендации по расчету тарифов на медицинские услуги, условия бюджетного финансирования

учреждений здравоохранения городов и районов по дифференцированным половозрастным нормативам, система оплаты центральными районными больницами консультативно-диагностической помощи больным в республиканских и йошкар-олинских городских больницах и диспансерах.

В эти годы в системе здравоохранения республики были созданы стандарты качества и объемов медицин-

ской помощи, модели ожидаемых результатов деятельности медицинских учреждений, изменена система плановых показателей для больниц и поликлиник, расширены права руководителей органов и учреждений здравоохранения в решении вопросов кадрового, финансового и материально-технического обеспечения. В целях социальной защиты населения республики в условиях перехода к рыночной экономике и бюджетного дефицита с 1 июля 1992 г. в Республике Марий Эл начат переход к обязательному медицинскому страхованию. Была проведена многоплановая переподготовка специалистов, в первую очередь руководителей органов и учреждений здравоохранения. На выездных курсах, организованных НИИ социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением им. Н. А. Семашко РАМН, Центральным институтом усовершенствования врачей, Санкт-Петербургским ГИДУВом и факультетом усовершенствования врачей Нижегородского медицинского института, прошли обучение главные врачи всех лечебно-профилактических учреждений. Для ознакомления с практическим опытом работы медицинских учреждений территорий, занимавших лидирующие позиции в создании нового хозяйственного механизма, ведущие специалисты республики выезжали в Самару, Кемерово, Барнаул, Воронеж и ряд других центров.

Прошедшие два с лишним года позволяют достаточно всесторонне и объективно оценить результаты этой деятельности. Нам представляется, что основной итог минувших лет — это состоявшийся переход к бюджетно-страховой медицине, позволивший не только сохранить ранее достигнутые объем и уровень медицинской помощи населению, но и создать надежный механизм для их дальнейшего совершенствования.

Правовой основой для введения обязательного медицинского страхования являлось постановление Верховного Совета Республики Марий Эл «О мерах по обеспечению поэтапного перехода к медицинскому страхованию». Оно, как и последующие решения правительства республики по данному вопросу, основывались на разработанных нами концепции и плане поэтапного перехода от государственной бюд-

жетной системы здравоохранения к так называемой бюджетно-страховой медицине. Первоначально планировалось обязательное медицинское страхование работников производственных отраслей народного хозяйства, не влияющее на механизм и объем бюджетного финансирования учреждений здравоохранения, на втором этапе — обязательное медицинское страхование всего работающего населения, включая работников бюджетных организаций, средства на страхование которых передавались из бюджета здравоохранения. Обязательное медицинское страхование неработающего населения — детей, пенсионеров и инвалидов — за счет средств государственного (муниципального) бюджета являлось основным содержанием третьего этапа.

В республике предусматривались дифференцированные сроки перехода к обязательному медицинскому страхованию для различных городов и районов, а также последовательное наращивание объемов медицинской помощи. Первоначально медицинское страхование должно было проводиться только в республиканском центре в объеме стационарной медицинской помощи застрахованным, на втором этапе — в Йошкар-Оле в полном объеме, включая амбулаторно-поликлиническую медицинскую помощь застрахованным, а в городах и районах республики — стационарную медицинскую помощь. На третьем этапе во всей республике всему населению должны оказываться все виды медицинской помощи, объем которой определен Республиканской программой обязательного медицинского страхования.

Концепция и план переходного периода в Республике Марий Эл успешно реализованы. Первоначальная продолжительность переходного периода в шесть месяцев, как выяснилось впоследствии, оказалась заниженной. Переход к обязательному медицинскому страхованию населения в республике завершен в первом полугодии 1994 г.

В республике созданы все структуры, работающие в системе обязательного медицинского страхования. Постановлениями Государственного собрания и Правительства Республики Марий Эл образованы Республи-

канский фонд обязательного медицинского страхования, Республиканская комиссия по лицензированию и аккредитации учреждений здравоохранения. На территории республики работают восемь страховых медицинских организаций, объединенных в Ассоциацию.

За прошедшие годы нами выработана необходимая законодательная и нормативная база, обеспечивающая устойчивое функционирование системы медицинского страхования. Государственным собранием введен в действие Закон Республики Марий Эл «О медицинском страховании граждан в Республике Марий Эл». Правительством республики утверждены правила обязательного медицинского страхования граждан в Республике Марий Эл.

Министерством здравоохранения республики и Республиканским фондом обязательного медицинского страхования с участием специалистов лечебно-профилактических учреждений разработана республиканская программа обязательного медицинского страхования, созданы и апробированы республиканские медико-экономические стандарты. Республиканская программа обязательного медицинского страхования претерпела значительные изменения по сравнению с базовой программой. В республике сохраняется бюджетное финансирование первичной медико-санитарной помощи сельскому населению. В программу дополнительно включена медицинская помощь работающему населению при социально значимых заболеваниях.

В учреждениях здравоохранения применяется оригинальная система ценообразования, основанная на ценах 1989 г., индексировавшихся ежеквартально (индекс повышения базовых цен в IV квартале 1993 г. — 430). С 1 января 1994 г. цены на предоставляемые услуги устанавливаются медицинскими учреждениями с учетом фактических затрат и нормативной рентабельности. Расчет цен осуществляется с использованием собственных программных продуктов на ПЭВМ.

Взаиморасчеты между учреждениями здравоохранения и страховыми медицинскими организациями производятся с помощью территориальной компьютерной сети, объединяющей

свыше 80 больниц и поликлиник, включая все ЦРБ.

Страховые взносы на обязательное медицинское страхование, установленные Верховным Советом Республики на 1992 г. в размере 14% к фонду оплаты труда и на 1993 г. в размере 9,63%, обеспечили значительное увеличение средств на охрану здоровья населения. Дополнительные поступления за счет страховых взносов составили в 1993 г. 39,3% к утвержденному бюджету. В 1992 — 1993 гг., несмотря на бюджетный дефицит и высокий уровень инфляции, как уже отмечалось, сеть медицинских учреждений была сохранена на ранее достигнутом уровне.

Переход к обязательному медицинскому страхованию характеризуется некоторой тенденцией к увеличению объема и повышению качества медицинской помощи. Число дней использования койки в 1993 г. в целом по республике увеличилось в среднем на 6,7% и составило 302 дня. Уровень госпитализации населения возрос на 4,8%, показатель госпитализации — 264,6 на 1000 жителей. Одновременно с этим за счет более рационального использования коечного фонда общее количество больничных коек сократилось на 2%, обеспеченность койками — 128,7 на 10 000 жителей.

Переход к обязательному медицинскому страхованию, заверченный в первом полугодии 1994 г., явился началом долгого и трудного пути, по которому предстоит вывести здравоохранение и организацию медицинской помощи населению Республики Марий Эл на современный уровень.

В соответствии с концепцией, принятой на расширенном заседании коллегии Министерства здравоохранения республики, работа по совершенствованию отрасли должна быть углублена и продолжена. Нам представляется возможным выделить три основных направления реформы здравоохранения на современном этапе: экономическое, технологическое и организационно-структурное.

На экономическом направлении реформы, основное содержание которого обусловлено переходом к рынку, целесообразно обозначить четыре этапа:

— первый, пройденный нами в 1989—1992 гг., — это новый хозяй-

ственный механизм в здравоохранении;

— второй, до настоящего времени вызывающий дискуссии,— переход к бюджетно-страховой медицине;

— третий, в который здравоохранение республики вступило в 1994 г.,— переход отдельных учреждений и отраслей в целом на хозрасчет;

— четвертый — изменение формы собственности и приватизация медицинских учреждений.

О хозрасчете в здравоохранении говорилось и писалось много. Вспомним хотя бы бригадный подряд или другие коллективные формы организации и оплаты труда, однако серьезного развития и продолжения они не получили. Возникло своеобразное противоречие между развитыми хозрасчетными связями учреждений здравоохранения с внешними партнерами и внутриучрежденческими отношениями, базирующимися на старых бюджетных принципах нормирования и распределения. Оно проявляется в отчужденности и отсутствии личной заинтересованности медицинских работников в достижении высоких конечных результатов в системе обязательного медицинского страхования.

В ходе очередного, третьего этапа реформы учреждения здравоохранения нашей республики, перечень которых определен местной администрацией по согласованию с Министерством здравоохранения, получают права юридических лиц, завершают создание экономической службы в каждой больнице и поликлинике и должны осуществлять переход к статусу государственных хозрасчетных предприятий. Однако законодательная и нормативная основа для перехода к хозрасчету в здравоохранении практически отсутствует. Типовой Устав государственного (муниципального) учреждения здравоохранения, рекомендуемый Министерством здравоохранения Российской Федерации, носит половинчатый характер. Трудовые коллективы медицинских учреждений, доходы которых на 60 — 70% и более формируются за счет внебюджетных поступлений от страховых медицинских организаций, лишены права собственности на имущество, приобретенное за счет прибыли от самостоятельной деятельности, не вправе определять

размер средств, направляемых на оплату труда.

Для ускорения перехода к реальному хозрасчету и повышению на его основе эффективности работы в системе медицинского страхования Министерством здравоохранения республики представлены на утверждение в администрацию президента предложения по созданию межведомственной рабочей группы с участием представителей Министерства финансов, Комитета цен при Министерстве экономики, Государственной налоговой инспекции и план ее работы, обеспечивающий завершение третьего этапа экономической реформы в первом полугодии 1995 г.

После получения статуса государственных (муниципальных) хозрасчетных предприятий для учреждений здравоохранения начнется четвертый этап реформы. Государственная программа приватизации государственных и муниципальных предприятий в Российской Федерации после 1 июля 1994 г., утвержденная Указом Президента России, запрещает приватизацию учреждений здравоохранения до принятия соответствующих нормативных актов. Проект Федерального Закона «О приватизации учреждений, организаций и предприятий здравоохранения», подготовленный Министерством здравоохранения России, призван регламентировать порядок и условия приватизации, однако перечень объектов здравоохранения, остающихся в государственной собственности, подготовлен таким образом, что в соответствии с ним на территории республики нет медицинских учреждений, подлежащих приватизации, за исключением аптечных. В этих условиях, руководствуясь Федеративным Договором о разграничении предметов ведения и полномочий между федеральными органами государственной власти Российской Федерации и органами власти суверенных республик в составе Российской Федерации, мы подготовили более обширный республиканский перечень объектов, подлежащих разгосударствлению.

Если в экономическом направлении реформы здравоохранения республики находятся уже на третьем этапе, то технологическая реформа только начинается. Предусматриваются переход к организации первичной медицин-

ской помощи по принципу врача общей практики, пересмотр основных критериев госпитализации и интеграция специализированных видов медицинской помощи, коренное изменение содержания, форм и методов профилактической работы.

Опыт организации медицинской помощи населению по принципу врача общей практики для российского здравоохранения известен. На этом основывались впечатляющие успехи земской медицины. Намечаемый переход к трехзвенной системе амбулаторной помощи, которая будет представлена в городском здравоохранении амбулаторией врача общей практики по месту жительства граждан, территориальной поликлиникой с врачами широких специальностей и консультативно-диагностической поликлиникой с врачами узких специальностей,— основное содержание технологического направления реформы в 1994 г. Необходимая работа в этом направлении уже начата. Подготовлен проект Указа президента республики «Об улучшении медицинской помощи населению по месту жительства», начата подготовка врачей общей практики на договорных условиях в Казанском медицинском университете, создается курс подготовки врачей общей практики в Йошкар-Олинском филиале медицинского университета, завершается строительство консультативно-диагностической поликлиники.

Основные критерии госпитализации должны быть пересмотрены по следующим соображениям.

1. Стационарное лечение сельских жителей следует осуществлять, как правило, в центральных районных больницах. Сельские участковые больницы подлежат в своем большинстве реорганизации во врачебные амбулатории. Во всех случаях при наличии материальной базы и кадрового потенциала стационары участковых больниц нужно сохранять в качестве отделений для пребывания одиноких, престарелых граждан и инвалидов с привлечением на их содержание финансовых ресурсов Министерства социальной защиты населения.

2. Необходимо расширить показания к амбулаторному лечению больных. Нельзя не привести в качестве примера работу травматолого-ортопе-

дического диспансера г. Йошкар-Олы, одобренную Всероссийской научно-практической конференцией.

Вполне естественно, что пересмотр критериев для госпитализации должен осуществляться одновременно с созданием необходимых условий для амбулаторного лечения после соответствующей разъяснительной работы среди населения и медицинских работников.

В недавнем прошлом профилактика в советском здравоохранении была своего рода «священной коровой», любые посягательства на которую до легкой критики включительно рассматривались как подрыв основ мироздания. Однако и тогда, и тем более сейчас, ясно, что медицинские работники не могут и не должны заниматься профилактикой в широком смысле этого слова, ибо формирование среды, обеспечивающей сохранение здоровья человека,— важнейшая функция государства, общества и каждого гражданина.

В этой связи мы обязаны прежде всего заниматься медицинской профилактикой, объем и результаты которой полностью определяются деятельностью учреждений здравоохранения, а именно вакцинопрофилактикой, диспансеризацией и профилактическим лечением хронических больных. Мы считали бы необходимым приступить к пересмотру показаний для различного рода профосмотров и оптимизации контингентов, астрономический размер которых сегодня выходит за пределы здравого смысла.

Третье направление реформы — организационно-структурная перестройка, которая включает реорганизацию управления здравоохранением, создание новых структур, соответствующих рыночной экономике, упорядочение материально-технического обеспечения функционирования отрасли. Соответствующие предложения по реорганизации аппарата министерства представлены в правительство республики. Они базируются на нашей глубокой убежденности в том, что министерство из органа хозяйственного управления отраслью должно со временем превратиться в орган государственного регулирования вопросов охраны здоровья народа. Эта убежденность вытекает из тех принципов, которые мы закладываем в основу рефор-

мы: демократизации, децентрализации, денационализации. В соответствии с нашими предложениями упразднены группа технического надзора за капитальным ремонтом, отдел метрологии и стандартизации; вместо существующих структурных подразделений министерства предусматривается создание новых отделов медицинской помощи населению, медицинского страхования и целевых и комплексных программ в здравоохранении.

Реорганизация управления на уровне городов и районов предполагает создание в ряде случаев при главах администрации отделов здравоохранения (г. Волжск) либо введение института муниципальных советников по здравоохранению. Как уже отмечалось, все учреждения здравоохранения должны получить статус юридических лиц либо войти в состав таковых. Фельдшерские и фельдшерско-акушерские пункты следует рассматривать в качестве структурных подразделений врачебных амбулаторий или участковых больниц, а по приписному участку — и центральных районных больниц. Врачебные амбулатории и сельские участковые больницы, не имеющие статуса юридических лиц, будут входить в качестве структурных подразделений в состав ЦРБ или без образования юридического лица непосредственно в состав территориального объединения здравоохранения. Варианты организации территориальных медицинских объединений довольно многообразны и подлежат индивидуальному рассмотрению в каждом конкретном случае. Представляет интерес создание института

директоров учреждений здравоохранения. Соответствующие нормативные документы по этому вопросу подготовлены. Кроме того, нами созданы контрольно-ревизионное управление и аптечный комитет при Министерстве. Если задачи первого не требуют комитетариев, то на аптечный комитет возложены следующие функции:

— государственное лицензирование и аккредитация в сфере медикаментозного снабжения;

— государственный контроль за качеством поставляемых медикаментов, условиями их хранения и реализации;

— формирование государственного заказа на медикаменты для реализации государственных целевых и комплексных программ и передача его аптечным предприятиям для реализации на конкурсной основе;

— регулирование государственных бюджетных дотаций на содержание аптечных учреждений;

— учет и отчетность в системе медикаментозного снабжения.

Ряд полномочий министерства передан медицинской (больничной) ассоциации, профессиональной врачебной ассоциации и республиканской комиссии по лицензированию и аккредитации учреждений здравоохранения.

Реформа, проводимая в Республике Марий Эл, признана обеспечить выход нашего здравоохранения на качественно новые позиции. При этом на каждом этапе реформы мы не забываем об интересах населения, сверяя по ним свои практические действия. В этом залог нашего успеха и общественного признания.

Поступила 20.09.94.

УДК 614.1:313.13 (470.43)

ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ТЕНДЕНЦИИ И СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ *

И. А. Гехт

*Волжское территориальное медицинское объединение Самарской области
(главрач — В. И. Макаров), г. Самара*

Планирование развития любого региона немислимо без глубокой демографической экспертизы. К сожалению, в области до сих пор медико-демографические тенденции изучаются бессистемно и поверхностно. Нынеш-

няя медико-демографическая ситуация характеризуется прежде всего резким снижением рождаемости, которое не может быть компенсировано миграционными процессами. Положение усугубляется тем, что на фоне снижения частоты родов растет доля патологических родов, увеличивается число детей, рожденных вне брака (а

* Расходы на публикацию данной статьи частично возмещены путем постраничной оплаты.