

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.

каждый пятый такой ребенок — больной-хроник), а также нуждающихся по состоянию здоровья в регулярном наблюдении врачей, создании специальных групп в детских дошкольных и школьных учреждениях.

Наряду с падением рождаемости отмечается выраженное старение населения. Люди старше трудоспособного возраста составляют уже сейчас в области около 20%, причем процесс старения быстро прогрессирует и, как правило, сопровождается ростом числа одиноких престарелых людей. 52% лиц старше 60 лет в браке не состоят; каждый третий из этой категории проживает самостоятельно, причем 15% из них не имеют близких родственников.

Конечно, роль организаций, осуществляющих медико-социальную помощь усиливается, однако речь должна вестись не только о строительстве новых домов-интернатов. Например, пожилые люди охотнее бы пользовались сезонными видами медико-социальной помощи: незагруженными в осенне-зимнем сезоне профилакториями, домами отдыха, базами труда и отдыха, пионерскими лагерями и т. д. В городах есть смысл в организации так называемых «дедсадов», где пожилые люди за умеренную плату (ее могут вносить предприятия, органы социального обеспечения, родственники) могут находиться в них днем, получать нормальное питание, уход и медицинское обслуживание, а вечера проводить в домашней обстановке.

Актуальна и проблема рационального расселения пожилых людей в городах. Целесообразно еще до выхода на пенсию узнать у будущих пенсионеров, хотят ли они поменять жилье. Это касается не только смены этажа, если нет лифта, но и переезда в район проживания детей или других родственников (или переселения родственников в район, где живет пенсионер). Если даже для этого создать специальную службу, то она окупится, так как проживание в одном районе престарелых людей и их родственников разрешит многие проблемы по организации дорогостоящей медико-социальной помощи, то есть даст экономическую выгоду.

Не менее важно привлечение пенсионеров к посильному труду, отказ от которого является «общественным расточительством». Плановое созда-

ние рабочих мест для ветеранов, соответствующая их переподготовка — задача, вполне выполнимая для многих предприятий и организаций. Привлечение пенсионеров к труду имеет экономический эффект не только потому, что стоимость произведенной продукции превышает затраты на пенсии и заработную плату, но и за счет немалой экономии на медицинской помощи, так как работающие пенсионеры значительно реже пользуются больничными листами, чем их более молодые коллеги.

Состояние здоровья населения характеризуется и показателями смертности. Если рост общей смертности можно еще как-то объяснить старением населения, то высокая смертность трудоспособного населения настораживает. Среди всех умерших лица трудоспособного возраста составляют 24%, причем смертность мужчин в несколько раз выше, чем женщин. В структуре смертности трудоспособного населения видное место занимает скоростная смерть от травм и острых заболеваний, среди которых 45% случаев являются предотвратимыми и зависят от своевременной и качественной медицинской помощи. Поэтому намного возрастает роль скорой медицинской помощи, оценивать деятельность которой следует не по числу выполненных вызовов, а по показателю скоростной смертности.

Более 5% трудоспособного населения ежегодно становятся инвалидами. Ежегодно 8—12 дней каждый из работающих не выходит на работу из-за болезней и травм. Все это наносит огромный экономический ущерб, который складывается из недоданной продукции, затрат на выплату пособий и на лечение. Из-за заболеваемости с временной утратой трудоспособности предприятия и организации теряют 4—5% рабочего времени.

Сейчас несколько уменьшилась заболеваемость по обращаемости, особенно на приватизированных предприятиях, применяющих арендные формы, бригадный подряд, но это не означает, что здоровье работников улучшилось. Идет процесс накопления хронической патологии, что приведет буквально через несколько лет к росту заболеваемости и инвалидности.

Положение усугубляется тем, что администрация и владельцы фирм не несут никакой ответственности за со-

стояние здоровья своих работников, даже Закон о медицинском страховании предусматривает лишь уплату страховых взносов. Не учитывается нигде и то, что лечебные учреждения при повышенной заболеваемости несут дополнительные расходы, которые никто не компенсирует. Значит, необходимо предусмотреть такой порядок, при котором предприятия и учреждения, где заболеваемость превышает контрольные показатели, будут перечислять в фонд здравоохранения или непосредственно в лечебные учреждения суммы, компенсирующие расходы больниц.

Требуется своего пересмотра и тактика работы лечебных учреждений. Уже сегодня можно подумать об организации этапного лечения больных — в поликлиниках, больницах, санаториях-профилакториях, санаториях. При этом повысится эффективность лечения и снизится средняя длительность пребывания на больничном листе, что будет иметь значительный экономический эффект. Конечно, при этом должна измениться организация лечения, которое не должно зависеть от амбиций различных ведомств, поскольку оно предусматривает экономическую выгоду всему обществу.

В настоящее время требуется осторожный подход к реализации Закона о медицинском страховании, ибо заложенное в нем изменение финансирования лечебных учреждений не изменит состояния здоровья населения. Более того, оплата страховыми организациями за каждую медицинскую услугу приведет к тому, что медики будут заинтересованы в дорогостоящих операциях и манипуляциях, в росте заболеваемости, в свертывании профилактической работы, поделят больных на «выгодных» и «невыгодных».

Нужно избежать непродуманного массового перехода на систему семейных врачей и отказа от врачей узких специальностей в поликлиниках, так как невозможно, во-первых, подготовить семейных врачей на крат-

косрочных курсах за 4—6 месяцев, а во-вторых, старение населения обуславливает выраженную потребность именно в специализированной врачебной помощи (офтальмологической, неврологической, урологической, эндокринологической и т. п.).

Появление многочисленных посредников в лице работников страхового фонда и страховых организаций в условиях, когда дефицит ресурсов здравоохранения в периоде кризиса требует во многих вопросах не децентрализации, а, наоборот, концентрации средств и усилий, лишь отвлечет значительные средства. Добровольное же страхование практически не сможет охватить старшее поколение и хронических больных, так как это крайне невыгодно страховым фирмам. Вот почему добровольное страхование развивается за счет коллективного страхования работников предприятий, и это является узаконенным способом перевода безналичных средств в наличные с выплатой дополнительных средств работникам, при этом предприятия не выплачивают значительные суммы налогов. В то же время возвратность страховых взносов в случае обращения к врачам может привести к накоплению у работников хронической патологии.

При организации новых платных больниц и амбулаторно-поликлинических учреждений, ориентированных на состоятельных людей, на базе этих учреждений необходимо предусмотреть отделения для пенсионеров и малоимущих, претворяя в жизнь страховой принцип: «богатый платит за бедного».

Поступила 06.09.93.

DEMOGRAPHIC TENDENCIES AND PUBLIC HEALTH STATE IN THE SAMARA REGION

I. A. Gekht

Summary

The important aspects of the public health state as well as the problems of the public health services of the region are considered. The possible directions of the development of the public health services are well-founded.

ХРОНИКА

С 21 по 27 августа 1994 г. в Казани проходил XXVII Международный Амперовский конгресс, посвященный 50-летию открытия в Казанском университете явления электронного парамагнитного резонанса Евгением Константиновичем Завойским. Данное открытие явля-

ется одним из выдающихся достижений XX века: оно определило развитие отдельной области физической науки — магнитной радиоспектроскопии, связанной с именами С. Альшулера, Б. Козырева, Б. Блини, А. Абрага-