

На правах рукописи

ВИЛЬГЕЛЬМ
Виктор Давыдович

**НАУЧНОЕ ОБОСНОВАНИЕ СТРАТЕГИИ РАЗВИТИЯ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В УСЛОВИЯХ АВТОНОМНОГО ОКРУГА**

14.00.33. – Общественное здоровье и здравоохранение

АВТОРЕФЕРАТ
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Москва – 2002

Работа выполнена в научно-исследовательском институте
социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением
им. Н.А. Семашко РАМН

Научные консультанты: доктор медицинских наук, профессор
Р.А. Хальфин
доктор медицинских наук, профессор
В.О. Щепин

Официальные оппоненты: - доктор медицинских наук, профессор
А.Л. Линденбратен
- доктор медицинских наук, профессор
В.Ю. Семенов

Ведущая организация - Российский университет дружбы народов

Защита диссертации состоится 27 июня 2002 г. в 10 часов на
заседании диссертационного совета Д 001.047.01 при НИИ социальной
гигиены, экономики и управления здравоохранением им. Н.А. Семашко
РАМН (105064, Москва, ул. Воронцово поле, 12).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке НИИ социальной
гигиены, экономики и управления здравоохранением им. Н.А. Семашко
РАМН (105064, Москва, ул. Воронцово поле, 12).

Автореферат разослан « 27 » мая 2002 г.

Ученый секретарь диссертационного совета
кандидат медицинских наук

В.В. Степанов

Р11(2)09(2Р53-4Тю-6Х),

Общая характеристика работы

Актуальность проблемы. Роль здравоохранения в последние годы рассматривается в качестве важнейшего фактора национальной безопасности и как сфера жизнеобеспечения общества. Большое значение в данном аспекте имеет утвержденная Указом Президента Российской Федерации от 17.12.97 № 1300 Концепция национальной безопасности Российской Федерации, которая определяет здоровье населения основой безопасности страны.

В настоящее время в России произошла децентрализация государственного управления, включая управление здравоохранением. Вертикаль административного подчинения органов здравоохранения была разрушена, а государственная система здравоохранения оказалась разделенной на федеральную, региональную и муниципальные системы. При этом разграничение компетенции между этими органами власти в области здравоохранения было непродуманным и не вполне четким.

Это коснулось и Ханты-Мансийского автономного округа (ХМАО), когда он в 1993 году выделился в самостоятельный субъект Федерации. Как таковой системы здравоохранения в этот период не было. Наблюдался низкий уровень состояния здоровья населения, особенно у лиц коренных народностей Севера, в том числе высокий уровень материнской, младенческой смертности, высокий уровень инфекционной заболеваемости, а также низкий уровень оказания медицинской помощи, что связано с отсутствием большинства видов специализированной медицинской помощи, недостаточным обеспечением населения стационарной помощью, дефицитом врачебных кадров, слабой материально-технической базой лечебно-профилактических учреждений. Это особенно остро ощущалось в данном регионе, который характеризуется следующими особенностями: климато-географическими условиями, низкой плотностью населения, отсутствием транспортных связей, национальными особенностями (кочевой образ жизни части коренного населения,

ных традиции и образ жизни), вахтовым методом работы, возрастным составом населения, высокой миграцией и др.

Учитывая уникальность состава населения Ханты-Мансийского автономного округа, достаточно благоприятную медико-демографическую ситуацию, традиционно сложившуюся модель системы оказания медицинской помощи с относительно низким объемом коечного фонда и существенным приоритетом поликлинического звена, а также сравнительно высокий социально-экономический уровень региона, особенно возрастает роль стратегического управления.

Современная ситуация в здравоохранении Ханты-Мансийского округа характеризуется сложностью и противоречивостью. Наблюдаются выраженные территориальные и социальные различия в состоянии здоровья населения. В структуре населения высока доля лиц трудоспособного возраста (68,7%). Городское население значительно преобладает над сельским (91,2%). Относительно высокий уровень рождаемости (11,3‰) при низком показателе смертности (6,8‰) дают положительный естественный прирост населения (4,5‰), что выгодно отличает округ от территорий Сибирского региона и большинства субъектов Российской Федерации. Наблюдается тенденция к некоторому постарению населения. Выше, чем в целом по округу, остаются показатели общей и младенческой смертности коренного населения.

Особый интерес представляет выявление факторов, определяющих устойчивые, достигающие полутора-двух раз, различия в показателях, характеризующих медико-демографическую обстановку в отдельных административно-территориальных образованиях округа.

Только с учетом специфики современной ситуации внедрение в практику работы медицинских учреждений стратегического планирования как важнейшего института управления позволит решить многие проблемы развития и повышения эффективности функционирования системы здравоохранения.

ния (Щепин О.П., 1999; Филатов В.Б., 1996; Хальфин Р.А., 1998; Валков А.И., 1999).

Все это требует научного обоснования, проведения комплексных социально-гигиенических исследований, разработки окружных целевых программ и Концепции развития здравоохранения округа в целом. В соответствии с этим целью настоящего исследования явилась разработка стратегии развития здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа на основе углубленного анализа показателей здоровья населения и состояния ресурсной базы отрасли здравоохранения.

Для выполнения цели исследования поставлены следующие задачи:

- 1) анализ российского и международного опыта оптимизации механизмов стратегического управления охраной здоровья населения;
- 2) изучение динамики медико-демографической ситуации, ресурсного обеспечения и основных показателей деятельности системы здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа в 1990-2000 гг.;
- 3) выявление причин дифференциации состояния здоровья населения по административно-территориальным образованиям округа и путей их нивелирования;
- 4) разработка стратегии здравоохранения автономного округа.

Объектом исследования явилась система здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа.

Предмет исследования - резервы повышения эффективности региональной стратегии управления системой охраны здоровья.

Единицей наблюдения явились административно-территориальные образования Ханты-Мансийского автономного округа.

В работе использованы следующие методы: социально-гигиенический, медико-демографический, информационно-аналитический, математико-статистический, а также методы организационного эксперимента, сравнительного и системного анализа.

Научная новизна. Впервые проведено комплексное изучение динамики социально-экономического положения, демографической ситуации и состояния здоровья населения Ханты-Мансийского автономного округа в разрезе административно-территориальных образований за период 1990-2000 гг. Впервые изучены вопросы взаимосвязи развития здравоохранения округа с получением территорией статуса субъекта Российской Федерации. Проанализирована ресурсная база системы здравоохранения и эффективность ее использования. Разработаны концептуальные подходы к оптимизации стратегического управления здравоохранением автономного округа, направленной на охрану и укрепление здоровья населения.

Практическая значимость. Материалы настоящего исследования использованы в деятельности Правительства и Департамента здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа. Разработаны рекомендации по построению модели стратегического управления здравоохранением на сходных территориях.

Основные положения, выносимые на защиту.

- 1) Оценка динамики медико-демографической ситуации и деятельности системы здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа в 90-е годы.
- 2) Механизмы сглаживания территориальных различий в состоянии здоровья населения.
- 3) Оптимизация стратегического управления здравоохранением автономного округа.

Апробация результатов исследований. Материалы исследования неоднократно докладывались на научно-практических конференциях и международных симпозиумах. Опубликованы в 7 печатных работах, в том числе в монографии.

Диссертация апробирована на заседании НИИ социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением им. Н.А. Семашко 25 января 2002 г.

Объем и структура диссертации. Диссертация состоит из введения; аналитического обзора принципов стратегического управления региональной системой здравоохранения; характеристики базы и методов исследования; 3 глав, содержащих основные результаты собственных исследований; заключения; выводов и предложений; списка литературы.

Диссертация изложена на 157 страницах машинописного текста, содержит 11 таблиц, иллюстрирована 40 рисунками и графиками.

Содержание работы.

В первой главе анализируются стратегические подходы к развитию региональной системы здравоохранения.

Исследования ряда отечественных и зарубежных ученых показывают, что деятельность современных организаций настолько сложна, и внешние условия меняются так стремительно, что старый стиль управления не дает даже удовлетворительных результатов. Наиболее серьезные проблемы невозможно решить изолированно, так как они действительно носят системный характер и связаны с остальными сложной сетью зависимостей (Хальфин А., 2001; Капра Ф., 2000; Brown R.A.S., 1973; Field M.G., 1980).

Принятая государством концепция саморазвития регионов на этапе трансформации социально-экономической системы привела к значительной региональной дифференциации и асимметрии, сильным негативным последствиям в развитии периферийных территорий. За короткий период российское здравоохранение как единая система обеспечения населения доступной качественной медицинской помощью превратилась во множество неуправляемых территориальных фрагментов замкнутого типа, в которых медицинское обслуживание, его доступность и качество стали заметно различаться; одной из прямых угроз оказалось обеспечение конституционных прав граждан в области охраны здоровья. ✓

Российский север принадлежит к тем регионам страны, где особенно заметна сложность принятия управленческих решений – как в силу опреде-

ленной «обнаженности» внутренних структурных, системных связей, так и в силу жесткого переплетения острейших взаимосвязанных традиционных и современных проблем. Первые обусловлены природно-географической средой, историей освоения и спецификой формирования населения Севера, по требительской ведомственной политикой прежних государственных структур. Вхождение Российского Севера в рыночные отношения не только усугубило существовавшие проблемы, но и породило новые: падение жизненного уровня северян, возникновение и рост безработицы, отток квалифицированных кадров и др. Причем северяне во многих отношениях оказались более ущемленными, чем жители других регионов России по целому ряду жизненно важных показателей: жилищно-коммунальные и бытовые условия, медицинское обслуживание, условия работы, материальное положение, снабжение продовольственными и промышленными товарами, возможности проведения отпуска, культурного досуга, обеспеченность детскими учреждениями и т.д.

Во второй главе представлены основные этапы исследования и дана характеристика базы исследования.

Настоящее исследование по анализу резервов повышения эффективности управления системой здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа и влияния принимаемых решений на состояние здоровья населения проводилось в пять этапов следующего содержания:

Первый этап включал сбор материала по теме исследования в отечественных и зарубежных научно-медицинских публикациях, документах Всемирной организации здравоохранения и других международных организаций. Изучено 155 литературных источников (в том числе 34 зарубежных авторов).

Второй этап включал обработку материалов, характеризующих демографическую ситуацию; состояние здоровья населения Ханты-Мансийского автономного округа; состояние и основные показатели деятельности сети медицинских учреждений. Проанализирована динамика показателей рождаем

сти, смертности, заболеваемости, ресурсного и кадрового обеспечения, обеспеченности медицинской помощью и эффективности ее оказания в регионе за период 1990-2000 гг. Выявлены основные тенденции и проведено их сопоставление с процессами, наблюдаемыми в Тюменской области и по России в целом.

Третий этап состоял в исследовании причин существенных различий основных медико-демографических показателей в субъектах округа и факторов, способствующих их нивелированию. Для углубленного анализа были выбраны гг. Лангелас и Мегион, находящиеся на западе Нижневартовского района ХМАО в непосредственной близости друг от друга, но на протяжении всего анализируемого периода существенно различающиеся медико-демографическими характеристиками при единой возрастно-половой структуре населения.

Четвертый этап включал разработку стратегии управления системой здравоохранения, а также критериев оценки ее эффективности. Особое внимание уделялось изучению роли целевых программ в развитии отрасли. Материалы о их содержании, объемах финансирования и ходе реализации получены из Управления здравоохранением ХМАО.

Пятый этап включал обобщение материалов исследования, определение выводов, разработку предложений и рекомендаций по оптимизации стратегии управления.

Ханты-Мансийский автономный округ при относительно небольшой численности населения (среди российских регионов в 2000 г. он находится на 37 месте) лидирует среди субъектов Российской Федерации по доле в промышленном производстве и по валовому региональному продукту, являясь основной топливно-энергетической базой страны. Стержень его экономики составляет нефтегазодобывающий комплекс.

В связи с промышленным освоением территории Ханты-Мансийского автономного округа неуклонно возрастала доля приезжего населения, корен-

ные малочисленные народы сегодня составляют около 2% всего населения округа.

Ханты-Мансийский автономный округ в законодательном порядке приравнен к районам Крайнего Севера. Ряд обусловленных географическим положением природно-климатических факторов, опосредованно приводящих организм человека в состояние стрессового напряжения, сбою в работе адаптационных систем, способствуют тем самым возникновению различного рода патологических состояний (Бакунин В.В., Козин В.В., 1996; Козин В.В., Мошвина Н.Н., 2000).

Выделение Ханты-Мансийского автономного округа из состава Тюменской области и получение им статуса самостоятельного субъекта Российской Федерации произошло в 1993 г. – в разгар снижения уровня жизни и основных показателей здоровья больших групп населения, связанного с радикальными социально-экономическими преобразованиями в стране.

Сравнение динамики данных статистического наблюдения по ХМАО. Тюменской области и по Российской Федерации в целом, позволяет отметить, что социальная, экономическая, политическая позиция Правительства автономного округа позитивно влияет на происходящие здесь медико-демографические процессы.

Высокий социально-экономический уровень ХМАО, низкая доля населения пенсионного возраста (7%) и преобладание городского населения (более 90%) создает благоприятные предпосылки для повышения эффективности деятельности системы здравоохранения.

Третья глава посвящена особенностям состояния здоровья населения и здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа.

Численность населения ХМАО на протяжении 90-х годов увеличилась на 5,1%, при том, что в Тюменской области соответствующий показатель почти вдвое ниже (2,8%), а по России в целом продолжается сокращение численности населения (-1,4%). Численность населения ХМАО на 01.01.2007 г. составило 1401,9 тыс. человек.

Медико-демографическая ситуация в округе в значительной степени определяется высокой долей лиц трудоспособного возраста в структуре населения и значительным преобладанием городского населения над сельским. Если по Российской Федерации в целом жители городов составляют 73-74%, а в Тюменской области – 76-77% общей численности населения, то в ХМАО – 91%.

Падение рождаемости на протяжении 90-х годов в России повсеместно привело к существенному сокращению доли лиц младше трудоспособного возраста. Если в 1991 г. в ХМАО она составляла почти треть, то в 2000 г. – менее четверти. Но это все еще превышает значение соответствующего показателя по Тюменской области и России в целом (соответственно 23,2% и 20%).

Удельный вес трудоспособного населения неизменно увеличивается. В ХМАО, начиная с 1998 г., он превышает две трети, а в Тюменской области к 2000 г. достиг 65,6%. В целом по России вплоть до 1995 г. сохранялся стабильный уровень 56,5-56,7% и только с 1996 г. началось постепенное увеличение (рис. 1).

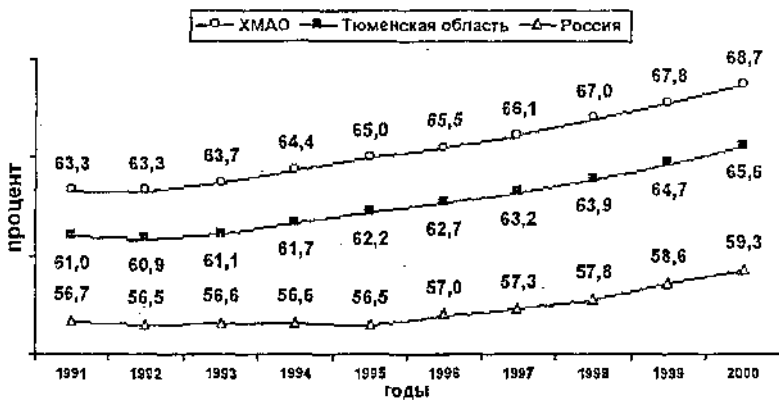


Рис. 1. Динамика удельного веса лиц трудоспособного возраста

По мере освоения Севера все более многочисленным становится пришлое население. В связи с бурным развитием нефтегазодобывающей про-

мышленности за последние тридцать лет население округа увеличилось более чем на 1 млн. человек. Основной прирост населения (82%) приходился на миграцию, интенсивность которой была чрезвычайно высокой: валовый миграционный оборот достигал 20%. Однако многие приезжают и вскоре уезжают, уезжает и часть населения, у которой закончился срок трудового договора. Только 20 человек из 100 прибывших оставались в регионе.

В Ханты-Мансийском автономном округе рождаемость в 1,7 раза превышает смертность. После резкого падения, начиная с 1993 г. рождаемость в ХМАО стабилизировалась на уровне 11‰, что превышает значение среднероссийского показателя (8,7‰) на 30%. Тенденция к росту рождаемости сохраняется, и уровень ее в 2001 г. составил 12,2‰.

Динамика показателя общей смертности по округу повторяет общероссийскую тенденцию, но на значительно более низком уровне: стремительный рост вплоть до 1994 г. сменяется временным снижением, а в 1999 г. намечается новый подъем с ускорением в 2000 г. При этом темпы прироста этого показателя за анализируемый период в ХМАО почти вдвое выше, чем среднероссийские (65,9% против 37,5%). В Тюменской же области уровень смертности в 2000 г. увеличился по сравнению с 1990 г. на 47,6% (рис. 2). Уровень смертности в 2001 г. в ХМАО составил 7,1‰.

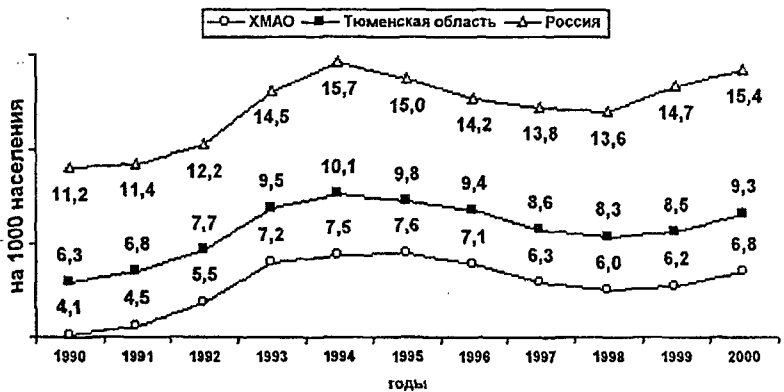


Рис. 2. Динамика общей смертности

Низкая доля лиц преклонного возраста в ХМАО определяет особенности распределения случаев смерти по отдельным причинам. Так, смертность от болезней системы кровообращения в 2000 г. составила в Ханты-Мансийском автономном округе 261,1 на 100 000 населения, что в 3,2 раза ниже, чем в России (852,2 на 100 000). При этом на долю болезней системы кровообращения в структуре смертности населения Ханты-Мансийского автономного округа приходится 38,4%, в то время как в России - 55,3%. Смертность населения Ханты-Мансийского автономного округа от злокачественных новообразований в 2000 г. составила 90,9 на 100 000 населения, в России - 204,4. Несмотря на то, что показатели смертности населения Ханты-Мансийского автономного округа от внешних причин находятся приблизительно на одном уровне с показателями по России (194,4 и 211,7 на 100 000 населения соответственно), доля их в структуре смертности населения различна (27,9% и 13,7% соответственно), что также отражает возрастные особенности населения округа.

В результате значительных усилий медицинских работников в ХМАО показатели младенческой и перинатальной смертности, начиная с 1996 г. становятся ниже, чем по Сибирскому региону и Российской Федерации в целом (табл. 1). Уровень младенческой смертности в 2001 г. продолжал снижаться и составил 9,6‰.

Таблица 1

Младенческая смертность и перинатальная смертность

	Годы										Темп (%)	
	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999		2000
Младенческая смертность (на 1000 родившихся живыми)												
ХМАО	17,0	18,6	19,8	24,3	17,9	22,5	16,1	13,8	12,6	12,9	10,2	-40,0
Тюменская обл.	18,4	18,9	19,1	22,1	18,2	21,3	16,2	16,0	14,2	13,9	13,3	-27,7
Россия	17,4	17,8	18,0	19,9	18,6	18,1	17,4	17,2	16,5	16,9	15,3	-12,1
Перинатальная смертность (на 1000 родившихся живыми и мертвыми)												
ХМАО	17,5	18,4	17,8	20,3	14,8	18,6	14,5	13,3	12,2	10,1	10,2	-41,7
Тюменская обл.	17,6	17,7	17,6	18,0	15,6	16,0	13,1	13,1	11,4	10,5	10,2	-42,0
Россия	17,9	17,5	17,2	17,4	17,0	15,8	15,9	15,8	15,0	14,2	13,2	-26,3

В ХМАО малочисленные народности севера (МНС) представляют собой одну из самых социально незащищенных групп населения. Среди главных причин такого положения: тяжелые бытовые условия, недостаточный учет этнического своеобразия МНС, его традиций, обычаев.

В 90-е годы наблюдались негативные явления в естественном движении коренного населения (табл. 2).

Таблица 2

Демографические процессы в Ханты-Мансийском АО (на 1000 населения)

Годы	Рождаемость		Общая смертность		Младенческая смертность		Естественный прирост	
	всего	МНС	всего	МНС	всего	МНС	всего	МНС
1990	16,7	30,4	4,1	10,5	17,0	32,9	12,5	19,7
1995	10,5	17,3	6,6	12,1	21,1	48,6	4,0	5,2
1999	10,9	17,2	6,1	10,3	11,7	20,0	4,8	6,9

Сохраняется высокий уровень младенческой смертности, который в разные годы от 2 до 4 раз превышает данный показатель в целом по округу. На фоне значительного снижения рождаемости отмечается рост общей смертности, а в отдельные годы по некоторым территориям округа уровень смертности среди МНС превышал рождаемость.

Показатели общей заболеваемости среди коренного населения в 1,1 раза ниже, чем в целом по округу. Объясняется это не высоким уровнем здоровья МНС, а низкой обращаемостью за медицинской помощью. В результате низкого социального уровня население МНС не обеспечено полноценным питанием, отсутствует возможность приобретения лекарственных средств и проезда в ЛПУ для консультации и лечения.

Мощность амбулаторно-поликлинических учреждений ХМАО в расчете на 10 000 населения после незначительного снижения в 1996-1998 гг. к концу анализируемого периода вышла на среднероссийский уровень и превзошла его, увеличившись за 10 лет на 36%, причем это связано не только

с вводом новых учреждений здравоохранения, но и с паспортизацией существующих. Обеспеченность больничными койками населения округа, начиная с 1992 г., колеблется в диапазоне 96-100 на 10 000 населения, что на 10-20% ниже среднероссийского уровня. Коечный фонд в ХМАО до сих пор используется недостаточно эффективно: работа койки остается на 10-20 дней меньше, чем в среднем по России (290-300 дней против 300-315).

Обеспеченность врачами в 2001 г. составила в ХМАО 41,2 на 10 000 населения, в России – 41,9; средним медицинским персоналом – соответственно 120,0 и 95,5.

В суровых климатических условиях многие заболевания характеризуются ранним началом, неспецифичностью симптоматики, большей распространенностью нарушения функционального состояния организма, чем в других климатических зонах. Все больший удельный вес в общей и профессиональной патологии приобретают болезни системного перенапряжения, в частности, сердечно-сосудистая патология, болезни периферического, нервно-мышечного и костно-суставного аппаратов и др. В неблагоприятном климате северных регионов отмечается снижение порога вредного воздействия на организм человека производственно-экологических факторов и уменьшение функциональных возможностей организма для восстановления нарушений гомеостаза, вызванных этими факторами.

Заболеваемость переселенцев из других регионов страны возрастает по мере увеличения медико-географической контрастности. Ключевым звеном адаптации на Севере является уровень кислородного режима, переносимость гипоксии, уровень окислительно-восстановительных процессов.

Уровень заболеваемости населения Ханты-Мансийского автономного округа в 2000 г. составил по данным обращаемости у взрослых 1210,3 случаев на 1000 населения, подростков – 1839,8‰, у детей – 2202,2 ‰.

Рост показателей заболеваемости за ряд лет наблюдается практически по всем классам болезней. Основную часть в структуре заболеваемости всего населения составляют болезни органов дыхания (30,4%), пищеварения

(10,2%), костно-мышечной системы (7,8%), травмы и отравления (7,5%), инфекционные болезни (8%). Продолжается рост социально-значимой патологии - онкологических заболеваний, туберкулеза, наркозависимости, увеличивается распространенность ВИЧ-инфекции. На высоком уровне сохраняется заболеваемость сифилисом и другими венерическими заболеваниями.

Уровень госпитализации в 2001 г. составил 22,4 случая на 100 человек, что совпадает с показателем в целом по стране.

Объем оказания скорой медицинской помощи на протяжении длительного периода оставался в ХМАО ниже среднероссийского уровня, но в 2000 г. превысил его почти на 10%. В 2001 г. число лиц, которым оказана скорая медицинская помощь, составило 389,5 на 1000 человек (Россия - 362,7%).

Высокие уровни заболеваемости населения ХМАО приобретают негативную окраску и в свете того, что в этот регион приезжают в основном лица молодого возраста с хорошим уровнем здоровья. Население округа формируется в значительной степени за счет контингента, приезжающего на предприятия добычи нефти и газа, в том числе и вахтовым методом. За последние 5 лет число приезжих составляло от 30 до 40 тысяч человек ежегодно. Люди пенсионного возраста, а также лица с плохими характеристиками здоровья стараются покинуть этот регион и выехать на «материк», что, с одной стороны, позитивно сказывается на показателях смертности, но, с другой стороны, негативно отражается на состоянии здоровья населения страны.

В четвертой главе анализируются территориальные различия в управлении системой здравоохранения на муниципальном уровне. Для выявления факторов, влияющих на состояние здоровья населения, отобраны два города с различными показателями смертности и заболеваемости. Уровень общей смертности на протяжении 1990-2000 гг. в г. Мегион неизменно выше, чем в г. Лангепас. Причем если в 1990 г. эта разница составляла 20,5%, то в 2000 г. она достигла 82%.

Различия в динамике обращаемости за медицинской помощью за анализируемый период не столь существенны, и не соответствуют колебаниям в уровне смертности. Максимальная распространенность заболеваний, зарегистрированная в г. Мегион в 1999 г. (1556,9‰), превышает соответствующее значение в г. Лангепас (1123,9) на 38,5%. 1997 и 1998 гг. отмечены более чем двукратным различием коэффициентов смертности: 2,6-2,7‰ в г. Лангепас против 5,7-5,8‰ в г. Мегион, а соотношение уровней общей заболеваемости при этом прямо противоположно: в 1997 г. в этом отношении г. Лангепас лидирует (1287‰ против 1043,0‰), а в 1998 г. – уступает (989,0‰ против 1283,2‰).

Немалую роль в своевременном выявлении патологии и предотвращении преждевременной смертности играют профилактические осмотры. Характерно, что в г. Лангепас уже начиная с 1991 г. удельный вес осмотренных от числа подлежащих периодическим профилактическим осмотрам составляет 95-98%, в то время как в г. Мегион максимальное значение, достигнутое в 1999 г. – 93,9%, а до 1998 гг. оно не превышало 84%.

Показателен и тот факт, что востребованность услуг скорой медицинской помощи, в 1991-1993 г. была выше в г. Лангепас (максимальный разрыв составил в 1992 г. 16,1%: 414,0 на 1000 населения против 356,5), но уже начиная с 1994 г. значение этого показателя здесь не превышало 324,5‰, а в г. Мегион в 1995, 1997 и 1998 гг. оно превысило 400‰ (рис. 3).

Г. Мегион отличают высокие уровни больничной летальности, а также высокие показатели заболеваемости инфекционными и паразитарными болезнями, травмами и отравлениями, болезнями системы кровообращения, злокачественными новообразованиями и низкий охват населения профилактическими осмотрами. Все это является следствием ослабления контроля над

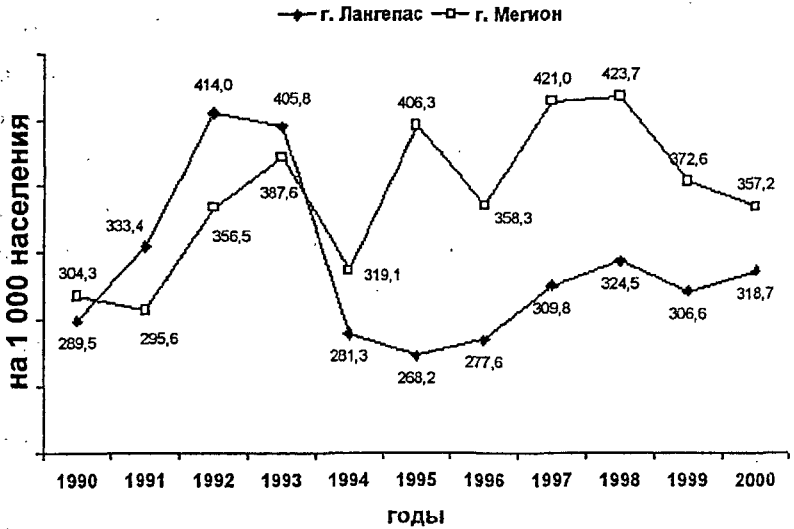


Рис. 3. Динамика числа лиц, которым оказана скорая медицинская помощь в гг. Лангепас и Мегион

эпидемиологической обстановкой, ригидности ресурсного и кадрового потенциала, неадекватных подходов к управлению муниципальным здравоохранением. В то же время руководство муниципальной системы здравоохранения г. Лангепас отличается стабильностью состава, высоким профессиональным уровнем, что обеспечивает адекватность стратегии и тактики управления. Это, в частности, проявляется в концентрации усилий и средств на приоритетных направлениях деятельности и отрегулированном механизме обратной связи. Немаловажно и то, что окружные целевые программы получают финансовую поддержку из муниципального бюджета только в г. Лангепас.

Пятая глава посвящена стратегии здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа. Разработка стратегических позиций в здравоохранении на уровне территории обусловлена проявляющимися тенденциями в состоянии здоровья населения, необходимостью обеспечения программ снижения заболеваемости, формирования стоимостных характери-

стик реализуемых программ, потребностями развития территориального здравоохранения и предусматривает поэтапное решение основных задач, направленность которых находится в тесной связи с принципами и методическими приемами программно-целевого планирования.

Стратегически значимыми являются программы развития амбулаторно-поликлинической помощи населению как прерогативы реформирования медицинского обеспечения с усилением ее доступности, социальной и профилактической направленности; достижение сбалансированности в соотношении стационарного и амбулаторно-поликлинического звеньев с ориентацией на расширение последнего; активное использование стационарозамещающих форм обслуживания; оптимизация сферы деятельности врача общей практики с усилением диагностической и профилактической функций, ориентация на рациональную в пользу первичной медико-санитарной помощи реструктуризацию системы охраны здоровья, направленной на конкретного пациента.

Приоритетные направления развития здравоохранения сводятся к следующему:

- 1) Укрепление здоровья работающего населения, снижение уровня смертности в трудоспособном возрасте, предотвращение экономических потерь, связанных с преждевременной смертностью и стойкой потерей трудоспособности.
- 2) При сохранении и поддержании высокого уровня рождаемости, перенесение акцента на качественный компонент - увеличение количества детей, родившихся здоровыми.
- 3) Охрана репродуктивного здоровья населения округа.
- 4) Ограничение роста распространенности социально значимых заболеваний.
- 5) Охрана здоровья и совершенствование организации медицинской помощи коренному населению округа.

Перечисленные направления лежат в основе формирования системы

окружных и муниципальных целевых комплексных программ.

В настоящее время в Ханты-Мансийском автономном округе реализуется шесть федеральных целевых программ: «Анти СПИД»; «Неотложные меры борьбы с туберкулезом»; «Сахарный диабет»; «Вакцинопрофилактика»; «Безопасное материнство»; «Дети инвалиды». За 2001 г. при реализации программных мероприятий освоено 17 млн. 724 тыс. рублей. Доля средств федерального бюджета составила 19%, остальная часть – средства окружного бюджета и бюджета окружного ФОМС (доля округа – 10%, доля ОМС – 71%).

Стратегия охраны здоровья, проводимая в Ханты-Мансийском автономном округе, пока не позволила в должной степени стабилизировать эпидемиологическую обстановку, оптимизировать использование коечного фонда, повысить доступность специализированной медицинской помощи, развить экономически целесообразные формы медицинского обслуживания населения, оптимизировать структуру медицинских кадров. Однако неуклонное повышение профессиональной эффективности медицинской помощи и экономической целесообразности используемых форм организации и методов работы уже обеспечило положительную динамику младенческой и материнской смертности, рост обращаемости за медицинской помощью, развитие кадрового потенциала.

Выводы и предложения

1. Ханты-Мансийский автономный округ характеризуется достаточно благоприятной медико-демографической ситуацией: относительно высоким уровнем рождаемости (11,3 на 1000 населения, в Тюменской области - 10,6‰), низкими показателями общей смертности (6,8 случаев на 1000 населения, в Тюменской области – 9,3‰), положительным естественным приростом населения (+4,5), низким показателем младенческой смертности (в 2000 г. 10,2 случаев на 1000 родившихся живыми, в 2001 году – 8,9‰, в Тюменской облас-

ти - 13,3%), низким уровнем материнской смертности (в 2000 г. – 25,7 на 100 000 родившихся живыми, в 2001 году – 19,0, в Тюменской области – 40,9). Все это выгодно отличает округ от территорий Сибирского региона и большинства субъектов Российской Федерации. В структуре населения высока доля лиц трудоспособного возраста (68,7%), что в значительной мере объясняет демографические показатели.

2. Уровень заболеваемости населения Ханты-Мансийского автономного округа составил по данным обращаемости у взрослых 1210,3 случаев на 1000 населения, подростков – 1839,8‰, у детей – 2202,2 ‰. Рост показателей заболеваемости за ряд лет наблюдается практически по всем классам болезней. В формировании показателей общей заболеваемости ведущую роль играют болезни органов дыхания (444,7 ‰, что составляет 30,4% всех случаев), пищеварения (149,0‰ или 10,2%), инфекционные и паразитарные болезни (117,2‰ или 8%).

Население ХМАО – это в основном (90%) пришлое население, на север, в экстремальные условия едут трудоспособные люди, обладающие крепким здоровьем, для которых чрезвычайно важны проблемы адаптации.

3. Малочисленные народы севера отличают негативные явления в естественном движении населения. Среди причин смерти коренных жителей на первом месте находятся травматизм и несчастные случаи, бытовые и производственные травмы, самоубийства. Сохраняется высокий уровень младенческой смертности, который в разные годы от 2 до 4 раз превышает данный показатель в целом по округу. Показатели общей заболеваемости среди коренного населения в 1,1 раза ниже, чем в целом по округу. Объясняется это не высоким уровнем здоровья малочисленные народы севера, а низкой обращаемостью за медицинской помощью.

4. Мощность амбулаторно-поликлинических учреждений ХМАО в расчете на 10 000 населения после незначительного снижения в 1996-1998 гг. в настоящее время вышла на среднероссийский уровень и превзошла его, увеличившись за 10 лет на 36%. Обеспеченность больничными койками населения округа, начиная с 1992 г., колеблется в диапазоне 96-100 на 10 000 населения, что на 10-20% ниже среднероссийского уровня. Коечный фонд в ХМАО используется недостаточно эффективно: работа койки остается на 10-20 дней меньше, чем в среднем по России (290-300 дней против 300-315). Обеспеченность врачами в 2001 г. составила в ХМАО 41,2 на 10 000 населения, в России – 41,9; средним медицинским персоналом – соответственно 120,0 и 95,5. За 2000 г. расходы на здравоохранение по округу составили 6 млрд. 857 млн. 214 тыс. руб. В сравнении с соответствующим периодом предыдущего года расходы увеличились на 200%. Затраты на одного жителя по округу составили 5011 руб. (1999 г. – 2430 руб.).
5. Эффективность функционирования системы здравоохранения определяется уровнем контроля над эпидемиологической ситуацией; масштабами профилактической деятельности; маневренностью ресурсного потенциала; профессиональным уровнем и стабильностью кадрового состава; отрегулированностью механизма обратной связи.
6. Окружные и муниципальные целевые комплексные программы должны быть сформированы на основе следующих приоритетных направлений:
- укрепление здоровья работающего населения, снижение уровня смертности в трудоспособном возрасте, предотвращение экономических потерь, связанных с преждевременной смертностью и стойкой потерей трудоспособности;
 - при сохранении и поддержании высокого уровня рождаемости, перенесение акцента на качественный компонент - увеличение

количества детей, родившихся здоровыми;

- ограничение роста распространенности социально значимых заболеваний;
- охрана здоровья и совершенствование организации медицинской помощи коренному населению округа.

7. Стратегия здравоохранения автономного округа строится на основе обеспечения прав населения, в том числе коренного, на получение гарантированных объемов бесплатных медицинских услуг, на сохранение реальной доступности с учетом особенностей округа и современных требований качества оказания медицинской помощи. Реализация данной стратегии осуществляется за счет:

- внедрения в практику здравоохранения научно-обоснованных инновационных медицинских, организационно-управленческих, финансово-экономических технологий;
- рационального использования финансовых, материально-технических и кадровых ресурсов;
- приближения медицинской помощи к населению сельских районов, местам проживания и ведения традиционного хозяйствования коренного населения округа;
- повышения профилактической направленности здравоохранения в части охраны здоровья работающих, обеспечения рождения здоровых детей, сохранения здоровья в детском и подростковом возрасте, а также ограничения распространения социально значимых заболеваний;
- комплексного масштабного внедрения общеврачебных практик, стационарозамещающих технологий, а также экономических механизмов (подушевого нормирования, частичного или полного фондодержания, оплаты труда с учетом объема и качества работы, введения материальных стимулов).

8. Совершенствование управления здравоохранением округа обеспе-

чивает:

- регулярную процедуру стратегического анализа и планирования с выделением целей и стратегий каждого уровня управления в системе здравоохранения;
- совершенствование организационно-функциональное взаимодействие как внутри отрасли здравоохранения, так и в рамках межведомственной кооперации;
- оптимизацию форм и методов управления ресурсами и финансовыми потоками;
- создание системы повышения качества медицинской помощи.

Список опубликованных работ по теме диссертации

1. Вильгельм В.Д. Малоинвазивную амбулаторно-поликлиническую хирургию на службу коренному населению отдаленных районов Ханты-Мансийского автономного округа // Уральское медицинское обозрение.-1997.-№ 4.-С. 19-20.
2. Вильгельм В.Д., Долгинцев В.И. Региональная политика здравоохранения в Ханты-Мансийском автономном округе / Медицина и охрана здоровья. Тюмень, 1997.-С.3-5.
3. Вильгельм В.Д., Хаспуллин В.А. Основы коррекции дизадаптивных расстройств у жителей Ханты-Мансийского автономного округа. Новосибирск, 1997.-209 с.
4. Вильгельм В.Д., Соловьев В.С. Здоровье жителей Ханты-Мансийского автономного округа в энциклопедии / Сборник научных трудов научно-практической конференции «Региональные энциклопедии в системе знаний территорий». Тюмень, 1998.-С. 42-44.
5. Вильгельм В.Д., Соловьев В.С. Медицинские проблемы в региональных энциклопедиях / Сборник научных трудов Всероссийской конфе-

ренции «Региональные энциклопедии: Методология. Опыт. Перспективы». Москва. Тюмень, 2001.-С. 51-53.

6. Вильгельм В.Д. Здоровоохранение Ханты-Мансийского автономного округа / Энциклопедия «Югория». Словакия, 2000.-С. 353-356.
7. Вильгельм В.Д., Хальфин Р.А., Какорина Е.П., Роговина А.Г. Стратегия здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа // Проблемы управления здравоохранением.-2002.-№ 1(2).-С. 67-71.