

дуктивного возраста свидетельствуют о низком репродуктивном потенциале.

Выявленные закономерности приводят к потребности разработки и принятия мер по совершенствованию системы охраны репродуктивного здоровья женщин Якутии. Для улучшения качества оказания медицинской помощи женскому населению необходимо внедрение и проведение следующих мероприятий: активная санитарно-просветительная работа по пропаганде современных эффективных методов контрацепции, особенно среди подростков; проведение ежегодных профилактических осмотров с проведением цитологического исследования мазков из цервикального канала; постановка на диспансерный учет женщин с выявленной патологией репродуктивной системы; хирургическое лечение фоновых и предраковых заболеваний шейки матки с контрольным осмотром и снятием с диспансерного учета оздоровленных женщин; внедрение в медицинскую практику современных методов диагностики и лечения, таких как гистероскопия и лапароскопия, что

позволит сократить сроки восстановления утраченного здоровья; создание республиканского центра гинекологии; повышение квалификации специалистов, работающих в области охраны материнства и детства.

Литература

1. Аганезова Н.В. Современные методы контрацепции / Н.В. Аганезова. – СПб., 2006. – 9 с.
Aganezova N.V. Modern Methods of Contraception / N.V. Aganezova. – SPb., 2006. – P. 9.
2. Верзилина И.Н. Анализ структуры и динамики гинекологической заболеваемости взрослого женского населения в Белгородской области / И.Н. Верзилина, М.И. Чурносков, С.П. Пахомов // Акушерство и гинекология. – 2011. – № 5. – С. 74–77.
Verzilina I.N. Analysis of the Structure and Dynamics of Gynecological Morbidity among the Adult Female Population in the Belgorod Region / I.N. Verzilina, M.I. Churnosov, S.P. Pakhomov // Obstetrics and gynecology. – 2011. – № 5. – pp. 74–77.
3. Олина А.А. Анализ медико-демографических показателей у женщин репродуктивного возраста в крупном промышленном городе / А.А. Олина, М.Я. Подлужная // Акушерство и гинекология. – 2008. – № 6. – С. 61–63.

Olina A.A. Analysis of Demographic and Health Indicators among Women of Reproductive Age in a Large Industrial City / A.A. Olina, M.Ya. Podluzhnaya // Obstetrics and gynecology. – 2008. – № 6. – P. 61–63.

4. Петрова Н.Г. Репродуктивное здоровье женщин Санкт-Петербурга / Н.Г. Петрова, Э.В. Комличенко, А.В. Иванов // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2011. – № 2. – С. 13–15.

Petrova N.G. Women's Reproductive Health of St. Petersburg / N.G. Petrova, E.V. Komlichenko, A.V. Ivanov // Problems of Social Hygiene, Health and Medical History. – 2011. – № 2. – P. 13–15.

5. Сухих Г.Т. Репродуктивное здоровье / Г.Т. Сухих, Л.В. Адамян // Сб. материалов III Международного конгресса по репродуктивной медицине. – М., 2009. – С. 5–8.

Sukhikh G.T. Reproductive Health / G.T. Sukhikh, L.V. Adamyan // Proc. materials of the III International Congress on Reproductive Medicine. – M., 2009. – pp. 5–8.

6. Шкарин В.В. Социальный стресс и медико-демографический кризис в России / В.В. Шкарин, Б.Т. Величковский, М.А. Позднякова. – Нижний Новгород, 2006. – 159 с.

Shkarin V.V. Social Stress and Health and Demographic Crisis in Russia / V.V. Shkarin, B.T. Velichkovskiy, M.A. Pozdnyakova. – Nizhny Novgorod, 2006. – 159 p.

Н.В. Саввина, Е.А. Борисова, И.П. Луцкан

ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СТОЛИЧНОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И НОВЫЕ МЕТОДЫ УПРАВЛЕНИЯ В ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ г. ЯКУТСКА ПРИ ПЕРЕХОДЕ НА ПОДУШЕВОЕ ФИНАНСИРОВАНИЕ

УДК 614.2

В настоящее время в рамках модернизации здравоохранения формируется новая модель отрасли, основанная на принципах получения максимального медицинского, социального и экономического эффекта на единицу затрат. Основным направлением в совершенствовании организации оказания медицинской помощи остается приоритетное развитие первичной медико-санитарной помощи, перенос объемов помощи со стационарного на амбулаторный уровень. Кооптация должна проводиться в свете принятия новых федеральных законов в сфере здравоохранения, с учетом переходного периода на новые формы финансирования.

Ключевые слова: подушное финансирование, оптимизация, трехуровневая система медицинской помощи.

At the present time within the modernization of health care a new model of branch, based on the principles to maximize health, social and economic impact on unit costs is formed. A priority development of primary medical and sanitary aid, transfer of aid from inpatient to outpatient level remain the main direction in the improvement of medical care. Cooptation should be conducted in light of the adoption of new federal laws on health, taking into account the transition to new forms of financing.

Keywords: per capita financing, optimization, three-level system of health care.

САВВИНА Надежда Валерьевна – д.м.н., проф., зав. кафедрой Института последипломного обучения врачей МИ СВФУ им. М.К. Аммосова; председатель правления регион. отделения Союза педиатров России, nadysavvina@mail.ru; **БОРИСОВА Елена Абраимовна** – к.м.н., доцент ИПОВ МИ СВФУ, директор ГБУ РС (Я) «Медицинский центр г. Якутска», Bolenaff@yandex.ru; **ЛУЦКАН Иван Петрович** – к.м.н., доцент СВФУ, управляющий амбулаторно-стационарным объединением № 3 (Жатайская больница) ГБУ РС (Я) «Медицинский центр г. Якутска», lutskan@mail.ru.

В настоящее время основным сектором национальной системы является здравоохранение первичного звена, в котором сосредоточена большая часть кадровых и материально-технических ресурсов. Отрасль здравоохранения представляет собой чрезвычайно сложную, неоднородную систему, отличающуюся значительным своеоб-

разием составляющих её элементов, а также высокой степенью автономности от вышестоящих органов управления.

Город Якутск является административным центром Республики Саха (Якутия) занимает территорию общей площадью 3,6 тыс. км². По состоянию на 01.01.2012 г. в системе здравоохранения Якутска существо-

вала сеть из 14 отдельных юридических лиц – медицинских учреждений здравоохранения: 7 больниц (в структуре 2 из них 4 фельдшерско-акушерских пункта), 4 поликлиники, Станция скорой медицинской помощи, Городской специализированный Дом ребенка, ГБУ РС(Я) «Якутскмедтранс».

Общая мощность медицинских организаций составляет 890 круглосуточных коек в стационаре и 311 коек стационарозамещающей помощи, из них 118 коек дневного стационара при круглосуточных стационарах и 193 койки при амбулаторно-поликлинических учреждениях, 3536 посещений в смену в поликлиниках.

Для качественного медицинского обслуживания населения наряду с другими факторами немаловажное значение имеет оптимальное размещение, достаточность и состояние материально-технической базы. Из 40 лечебных зданий городского здравоохранения только 16 (40%) построены по типовым проектам (советского периода), остальные 24 (60%) располагаются в приспособленных зданиях. Физический износ зданий стационаров составляет 43% от общей балансовой стоимости. Дефицит производственных площадей по городскому здравоохранению составляет по амбулаторно-поликлиническим учреждениям 12667,4 м², по стационарам 1200,0 м².

Парк медицинской техники в учреждениях здравоохранения г. Якутска представлен более 1600 ед. крупного оборудования, при этом 27% медицинской техники используется сверх установленного срока эксплуатации.

Столица характеризуется устойчивой динамикой роста основных социально-экономических показателей. По данным Территориального органа Федеральной службы государственной статистики по РС(Я), на конец 2012 г. численность постоянного населения составила 286691 чел., из них 99,7% обслуживаются в государственных бюджетных учреждениях здравоохранения г. Якутска, что на 25798 чел. больше, чем в 2010 г. (260 893). Темп роста в соотношении 2010 г. к началу 2013 г. составил 9,9%. Лиц трудоспособного возраста в городе насчитывается 113 348 чел. (49,2% от общей численности жителей), что выше по сравнению с прошлым годом на 11 187 чел. Детское население составляет 70 233 чел. (2011 г. – 69385).

Демографическая ситуация в РС(Я) на протяжении последних лет выгодно отличается от других субъектов России

высоким показателем рождаемости, стабильно низкой смертностью и положительной динамикой коэффициента естественного прироста населения республики, в том числе в г. Якутске. Ежегодный естественный прирост населения увеличивается в среднем на 2% и в 2012 г. составил 14,5. При этом необходимо учитывать и миграционные потоки населения, только в 2012 г. увеличение составило 4695 чел.

Тенденции смертности населения, ее повозрастные особенности имеют большое значение с позиций демографического и социально-экономического развития. Показатель общей смертности в Якутске в 2012 г. составил 8,4 на 1000 населения. Основные причины смертности населения не претерпели существенных перемен. Почти каждый второй умирает от болезней системы кровообращения, каждый пятый – от несчастных случаев, отравлений и травм. Продолжает увеличиваться показатель одногодичной летальности от злокачественных новообразований с 20,2% в 2011 г. до 28,1% в 2012 г.

При этом показатель общей смертности мужского населения в 1,6 раза выше, чем женского, особенно существенны различия тенденций смертности населения в трудоспособном возрасте. При сравнительном анализе выявлено, что продолжительность жизни населения г. Якутска меньше, чем в целом по Республике Саха (Якутия), практически на 1 год, мужчины в среднем живут 60,2, женщины – 72,3 года.

Одним из показателей, характеризующих здоровье населения, является заболеваемость. В 2012 г. уровень общей заболеваемости взрослого населения возрос на 11,7% и составил 1778,0 на 1000 населения (2011 г. – 1592,2). В структуре по-прежнему лидирующие места остаются за болезнями системы кровообращения и болезнями органов дыхания. Так, первые в 2012 г. составили 15,5%, в 2011 г. – 16,1, в 2010 г. – 15,6%, при этом необходимо отметить увеличение впервые зарегистрированных болезней системы кровообращения с 7856 случаев в 2011 г. до 8948 в 2012 г., из них болезни, характеризующиеся повышением артериального давления, составляют 23,8%, что на 18,2% выше по сравнению с предыдущим годом. Болезни органов дыхания занимают высокую позицию в основном за счет детского населения – 14,8% (2011 г. – 15,0, 2010 г. – 14,8%). Так, за последние пять лет заболеваемость болезнями органов дыхания увеличилась в 1,2 раза, в т.ч. рост заболеваемости бронхиальной

астмой повысился в 1,3, хроническими обструктивными заболеваниями легких – в 1,2 раза. На диспансерном учете по лечебно-профилактическим учреждениям г. Якутска состоят 31,3% от всего населения, из них ежегодно осматриваются и оздоравливаются около 86%. У пациентов, состоящих на диспансерном учете, доля болезней системы кровообращения составляет 18,4%, болезни органов дыхания – 9,4, болезни костно-мышечной системы – 7,3%.

Основным показателем, отражающим качество работы первичного звена, является индикатор первичного выхода на инвалидность. Среди населения г. Якутска данный показатель с 56,4 на 10 000 населения в 2011 г., увеличился до 68,4 в 2012 г., превышая республиканские цифры (64,7 на 10 000 населения).

Несмотря на сложившуюся тенденцию, при анализе данных посещений врачей-специалистов не прослеживается корреляции между структурой посещений и структурой заболеваемости, смертности: на первом месте – посещения врача-эндокринолога (37 289), на втором – физиотерапевта (22 598). Посещение врача-кардиолога лишь на третьем месте (18 876), на четвертом – гастроэнтеролога (13 226), на пятом – уролога (12 023) и на шестом месте – посещения врача онколога (11 297). Это вызвано, в первую очередь, дефицитом штатных единиц и наличием узких специалистов амбулаторного звена городского здравоохранения (5 врачей кардиологов, при нормативе 14; 2 онколога при нормативе 7,9; 1 гастроэнтеролог при нормативе 4).

Большое количество посещений определенных специалистов вызвано их участием в проведении дополнительной диспансеризации и медицинских осмотров взрослого и детского населения. Занимающие второе место по городу посещения врача-физиотерапевта на 48-51% обеспечены, соответственно, деятельностью только одной больницы, т.е. сегодня руководитель медицинской организации определяет не только приоритеты при обеспечении медицинской помощью населения, но и стратегическое направление развития медицинской организации.

Ключевая роль в развитии отрасли принадлежит кадровым ресурсам, обеспечению квалифицированными медицинскими работниками, прежде всего первичного звена здравоохранения. При этом показатели обеспеченности медицинскими кадрами в г. Якутске, где сосредоточена 1/3 насе-

ления республики, резко отличаются от республиканских цифр и имеют тенденцию к снижению, в т.ч. за счет активного развития частной медицины. Так, обеспеченность врачевым персоналом по итогам 2012 г. на 10 000 приписного населения в г. Якутске составила 35,2 (в 2010 – 37,8, в 2011 – 37,2), по РС(Я) в 2012 г. – 50,7, средним медицинским персоналом – 52,7 (в 2010 – 57,6, в 2011 – 56,5), по РС(Я) в 2012 г. – 119,2.

Укомплектованность кадрами составляет 84% (2011 г. – 82%), наиболеенизкая укомплектованность средним медперсоналом – 80%, фармацевтами и провизорами – 50%, за 10 месяцев 2013 г. показатель укомплектованности медперсоналом вновь снижается.

Количество убывших врачей в 2012 г. составило 138 чел., средних медработников – 184, при этом молодых специалистов прибыло всего 33 чел., в т.ч. 20 врачей, 13 чел. среднего медперсонала, при этом потребность составляет: терапевты участковые – 14, педиатры участковые – 27, врачи общей практики – 31, медсестры – 222.

Также отмечается кадровая диспропорция, связанная с высокой долей медицинских работников пенсионного и предпенсионного возраста: 38% среди врачей, 40% среди среднего медицинского персонала. В то же время при имеющемся дефиците штатной численности, с учетом внедрения порядков оказания медицинской помощи в г.Якутске необходимо до 1404 шт. ед., в т.ч. врачей специалистов – 414, среднего медперсонала – 594, младшего – 396 шт.ед.

Многие авторы отмечают, что одной из главных причин низкого уровня здоровья населения России остается неэффективность отечественного здравоохранения, которое не отвечает реалиям рыночной экономики. Проблемы в охране здоровья граждан страны накапливаются. В значительной мере они связаны с состоянием медицинских кадров [2,3].

Не отвечает современным требованиям соотношение числа врачей и средних медицинских работников. Даже для врачей общей практики (семейных) оно составляет 1:1,5 вместо 1:2 – 3. Сохраняется диспропорция соотношения числа специалистов лечебного профиля и диагностического блока, а также врачей первичного звена обслуживания пациентов и врачей специалистов.

Несовершенство нормативно-правовая база кадрового обеспечения здра-

воохранения. Не отработан уровень обучения и квалификационных экзаменов. Канцелярская работа занимает до 30 – 40% рабочего времени врача. В результате доступность адекватной медицинской помощи уменьшилась для большинства граждан столицы. Качество медицинского обслуживания ухудшается несмотря на рост должностей медицинского персонала и затрат на предоставляемые услуги.

Хронометраж использования рабочего времени врачей поликлиники показывает, что фактически врач перегружен, работает на 1,5 ставки, при этом не выполняет ФВД (функцию врачебной должности), т.к. физически он не может осматреть требуемое число больных, заполняя при этом множество обязательных медицинских документов. Утверждаемая функция врачебной должности не подтверждается расчетами, не увязывается с уровнем заболеваемости населения и требованиями расширения объемов профилактической работы и диспансеризации работоспособного населения. В результате таких нормативов врач практически не успевает оказать качественную медицинскую помощь и страдают от этого в первую очередь пациенты.

Определенную роль играет высокий процент совместительства, при переходе на новые механизмы финансирования исполнение плана врачами будет определяться по выполнению ФВД. При этом высокий риск невыполнения ФВД, соответственно снижения объемов медицинской помощи, ведущих к снижению заработной платы труда работников и финансирования лечебного учреждения, существует в стоматологической поликлинике, где наиболее высокий коэффициент совместительства – 2,33. По состоянию на 1.01.12 г. при штатном расписании 39,5 штат. ед. фактически работает 15 физических лиц, укомплектованность 42,8%, что значительно влияет на доступность и качество оказываемой помощи. По Российской Федерации в ближайшие пять лет прогнозируется дефицит медицинских кадров, связанный прежде всего с новой системой последиplomного образования и с низкой оплатой труда, которая в среднем на 22% ниже средней заработной платы по РФ.

Одним из важных моментов, влияющих на качественное развитие любой отрасли, является грамотное управление отраслью, включающее необходимость применения стратегического планирования, повышение

ответственности руководителей всех уровней за достижение намеченных результатов, единых для всей отрасли, а не по желанию и уровню отдельных руководителей [1].

На сегодня первичное звено здравоохранения характеризуется низкой эффективностью, экстенсивным развитием стационаров, затратной системой оказания скорой медицинской помощи, формальным приоритетом профилактики и раннего выявления заболеваний. Отличительной чертой является опережающее развитие нормативно-правовой и методической основы при сохранении материально-технической базы, оставшейся с советского периода. Значительная часть проблем оказания медицинской помощи может и должна быть решена путем внедрения современных управленческих технологий и перегруппировки внутренних ресурсов, предусматривающих стимулирование наиболее эффективного использования получаемых от общества средств [4].

За последние 15 лет столичное здравоохранение г. Якутска претерпело ряд существенных изменений, связанных с переходом отрасли на систему обязательного медицинского страхования, дважды связанных с разграничением полномочий между муниципальной и государственной уровнями власти, реализацией приоритетного национального проекта «Здоровье», модернизацией, подготовкой к переходу на новую систему оплаты труда, ориентированную на конечный результат, внедрению элементов рыночных отношений в системе здравоохранения.

За эти годы проведена структурная реорганизация учреждений муниципального здравоохранения г. Якутска, количество их уменьшилось с 37 до 14 с увеличением числа комплексных стационарно-поликлинических учреждений, включающих в свою структуру пригородные больницы, образована единая городская аптека за счет объединения муниципальных аптечных предприятий. Структура стала более упрощенной, управляемой, значительно сократился аппарат руководства.

Первый этап реформирования структуры здравоохранения г.Якутска выявил отсутствие четкой системы учета населения, что привело к значительным трудностям в определении численности прикрепленного к лечебно-профилактическим учреждениям населения и в результате этот вопрос не всегда решался объективно, чаще методом споров и достижения согласия между медицинскими организациями,

без апеллирования статистическими данными, что снижало заинтересованность руководителей в увеличении численности обслуживаемого населения. Неопределенность в количестве и составе населения свидетельствует о больших проблемах в получении объективных характеристик здоровья и, соответственно, о дезориентации лиц, принимающих решения.

С начала пилотного проекта 2012 г. совместно с Территориальным фондом обязательного медицинского страхования (ТФ ОМС РС (Я)) для перехода на подушевое финансирование проведена работа по уточнению фактического населения, прикрепленного к медицинским учреждениям г. Якутска. По состоянию на 1 мая 2012 г. численность составила 312 149 чел., при этом по состоянию на 27.06.2012 г. идентифицировано и принято без ошибок 280 767 чел., что составило 90% от населения. Выявлено, что дублирование пациентов внутри и между медицинскими организациями (МО) составило от 13,9 до 65-68%, что явилось основной причиной возникновения финансовых рисков.

Например: разница с предварительно утвержденной Территориальной программой ОМС РС (Я) подушевого норматива 1730,7 руб. и фактической стоимостью на душу населения (в среднем по г. Якутску 1859,58 руб.) на 7,44% выше утвержденного норматива. При анализе разницы утвержденной Территориальной программы государственных гарантий от расчетного объема финансирования по подушевому нормативу прогнозируемо, что только те учреждения, у которых фактическая стоимость меньше подушевого норматива, остаются в плюсе, то есть при переходе на подушевое они могут заработать больше, чем при нынешнем тарифе Территориальной программы государственных гарантий (ТПГГ).

Учреждения, у которых фактическая стоимость на душу населения по утвержденному ТПГГ на 2013-й год выше, чем подушевой норматив, остаются в минусе, то есть финансирование данных учреждений при переходе на подушевое финансирование станет дефицитным. Соответственно, по данным учреждениям возникнут финансовые риски, которые могут привести к банкротству фондодержателя, под которым подразумевается:

- отсутствие финансирования на содержания МТБ организации;
- невозможность оплатить как заработную плату собственному персона-

лу, так и работу (услуги) специалистов сторонних организаций;

- по опыту других регионов, проведение взаиморасчетов между медицинскими организациями может составлять до 40-50%;
- возникновение задолженностей перед кредиторами и т.д.

Таким образом, в здравоохранении г. Якутска сложилась ситуация, требующая принятия ряда организационных мер для предотвращения рисков, направленных на повышение эффективности использования ресурсов (материальных, финансовых, кадровых, информационных).

Ведущими факторами, определяющими проблемы здравоохранения в г. Якутске, являются:

- отсутствие корреляции между услугами медицинской помощи и структурой заболеваемости и смертности населения;
- несоответствие потребностям в медицинской помощи, фактически оказываемым объемам медицинской, в т.ч. специализированной помощи;
- необходимость приведения численности кадров к нормативным показателям;
- опережающее развитие нормативно-правовой и методической основы

при сохранении ресурсов, оставшихся с советского периода;

- возникновение финансовых рисков при переходе на новые механизмы финансирования, которые могут привести к банкротству фондодержателя;
- низкая удовлетворенность оказываемой медицинской помощью по данным социологического опроса страховых компаний.

Одним из путей решения является проведение реорганизации инфраструктуры здравоохранения с приведением в соответствие с численностью и составом населения Якутска, с учетом структуры заболеваемости на территории города путем укрупнения структуры учреждений здравоохранения с организацией межтерриториальных медицинских объединений вместо существующих сегодня 6 отдельных юридических лиц с различными ресурсами.

Для повышения доступности и качества предоставляемой амбулаторной медицинской помощи на территории г. Якутска внедряется поэтапное формирование трехуровневой системы (таблица) в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи. В целях достижения поставленных задач с 24 января 2013 г.

Маршрутизация пациента при трехуровневом оказании специализированной помощи

Уровень	Медицинские организации	Состав, функции
I	МО, оказывающие первичную медико-санитарную помощь	Участковая педиатрическая, терапевтическая служба, ВОП (общий анализ крови, мочи, сахар крови), физиотерапия и т.д. Врачи специалисты первичного звена: врач-офтальмолог, хирург, невролог, эндокринолог, оториноларинголог, уролог, кабинет (отделение) профилактики, включая смотровой кабинет, ФЛГ, Рп -графия, ЭКГ, школы здоровья, лабораторная диагностика
II	Межтерриториальный амбулаторный и диагностический центр, оказывающий квалифицированную специализированную амбулаторную медицинскую помощь. Первичные специализированные отделения по типу дневных стационаров, стационары на дому. Реабилитационные отделения	По направлению врачей первичного звена первого уровня: городские центры амбулаторной хирургии, центр амбулаторной онкологии, травмпункт, центры здоровья, респираторный центр, отделения восстановительного лечения, централизованные лаборатории и т.д. Оказание специализированной медицинской помощи в амбулаторных условиях
III	Консультативно-диагностическая специализированная амбулаторная помощь на базе существующих многопрофильных медцентров или стационаров, имеющих возможности оказания такой помощи в амбулаторном режиме. Центры, клинические многопрофильные больницы, диспансеры	По направлению врачей первичного звена первого уровня и врачей-специалистов второго уровня по выделенным квотам, в строгом соответствии с принятыми порядками взаимодействия между МО

в столице организован «Медицинский центр города Якутска» путем слияния трех больниц.

Первый уровень – медицинские организации, оказывающие первичную медико-санитарную помощь, в том числе развитие кабинетов врача общей практики (ВОП) на отдаленных участках, в спальных микрорайонах, при возможности выведение из территориальных поликлиник ВОП в квартиры или помещения на первых этажах многоэтажных домов, приобретение модульных систем ВОП в пригородах. Второй уровень – межтерриториальные амбулаторные центры, оказывающие квалифицированную специализированную амбулаторную медицинскую помощь. Третий уровень – это поэтапное формирование консультативно-диагностической специализированной амбулаторной помощи на базе существующих многопрофильных медицинских центров или стационаров, имеющих возможности оказания консультативно-диагностической помощи в амбулаторном режиме.

Проведение реформирования сети учреждений первичного звена г. Якутска предполагает повышение квалификации врачей первичного звена, расширение круга их функций, роста ответственности за состояние здоровья обслуживаемого населения. Продолжение внедрения системы врача общей практики и повышение их квалификации позволит лечить основную

часть наиболее распространенных заболеваний на первом уровне. Узкие специалисты будут иметь дело с более сложными заболеваниями, опираясь на диагностическую базу, которая будет существенно превосходить возможности прежних поликлиник. На уровне первичного звена предполагается приоритетное развитие стационарозамещающих технологий с высокой концентрацией дорогостоящей стационарной помощи в крупных медицинских организациях.

Внедрение данной модели позволит компенсировать неравномерность развития амбулаторной медицинской помощи, что необходимо для повышения качества медицинской помощи и доступности для населения, преимущественно по участково-территориальному принципу. Выполнение данной задачи в полном объеме позволит рационально использовать дорогостоящее оборудование и медицинскую технику, а также снизить сроки ожидания медицинской помощи и компенсировать дефицит врачей-специалистов по необходимому профилю. Назрел момент, когда нужно уходить от старых устоев и проводить политику управления в зависимости от существующих на данный момент потребностей.

Литература

1. Гусева С.Л. Реформирование системы управления в первичном звене муниципально-го здравоохранения // С.Л. Гусева, И.Н. Кондра-

тьев, К.Г. Пучков // Социальные аспекты здоровья населения. – 2012. – №4. – С. 20.

Guseva S. L. Control system reforming in primary link of municipal health care // S.L. Guseva, I.N. Kondratyev, K.G. Puchkov // Social aspects of health of the population. – 2012. – No. 4. – P.20.

2. Гусева С.Л. Совершенствование управления человеческими ресурсами как стратегический императив лечебного учреждения / С.Л. Гусева // Организационные основы кадровой политики в здравоохранении Российской Федерации: сб. науч. трудов ФГУ «ЦНИИОИЗ Росздрава». – М., 2012. – С. 30-40.

Guseva S.L. Improvement of management by human resources as a strategic imperative of medical institution / S.L. Guseva // Organizational bases of personnel policy in health care of the Russian Federation: Collection of scientific works of TSNIIOIZ Roszdava Federal State Institution. – M, 2012 – P.30-40.

3. Экономика здравоохранения: учебное пособие / А.В. Решетников, В.М. Алексеева, Н.Г. Шамшурина [и др.]; под общ. ред. акад. РАМН проф. А.В. Решетникова. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2012. – 272 с.

Health care economy: manual / A.V. Reshetnikov, V. M. Alekseev, N. G. Shamshurina [et al.]; under a general edition of prof. A.V. Reshetnikova Russian Academy of Medical Science. – M: GEOTAR-MED, 2012. – 272 p.

4. Катзин Дж. Реформы финансирования здравоохранения: Опыт стран с переходной экономикой / Дж. Катзин, Ч. Кашин, М. Якаб. – М.: Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения, 2012. – 442с.

Kutzin J. Reforms of financing of health care: Experience of the countries with transitional economy / J. Kutzin, C. Cashin, M. Jakab. – M.: European observatory on systems and policy of health care, 2012. – 442с.

ГИГИЕНА, САНИТАРИЯ, ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И МЕДИЦИНСКАЯ ЭКОЛОГИЯ

Л.С. Бурнашева, А.А. Яковлев

ИНТЕГРАЦИОННЫЙ ПОДХОД К ИЗУЧЕНИЮ МНОГОЛЕТНЕЙ ДИНАМИКИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ, ТУБЕРКУЛЕЗОМ И ИХ СОЧЕТАННЫМИ ФОРМАМИ НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ САХА (ЯКУТИЯ)

УДК 614.2

В работе на основе интеграционного метода представлена динамика заболеваемости туберкулезом и ВИЧ-инфекцией и их сочетанными формами в Республике Саха (Якутия). Выявлены различия в заболеваемости туберкулезом коренного и пришлого населения. В результате анализа данных литературы представлены возможные механизмы взаимодействия микобактерий туберкулеза и ВИЧ и их отражение в эпидемическом процессе. Показана важная роль микст-форм туберкулеза и ВИЧ-инфекции в его развитии.

Ключевые слова: эпидемиология, ВИЧ-инфекция, туберкулез, микст-формы, интеграционный метод.

Тихоокеанский гос. мед. университет Министрства здравоохранения РФ: **БУРНАШЕВА Любовь Степановна** – заочный аспирант, гл. специалист-эксперт Управления Роспотребнадзора по РС(Я), burnashevals@mail.ru, **ЯКОВЛЕВ Анатолий Александрович** – д.м.н., проф., yakovlev-epid@yandex.ru.

In the paper the authors show the dynamics of the incidence of tuberculosis, HIV infection and their mixed forms in the Republic Sakha (Yakutia) on the base of the integration method. Differences in the TB incidence of native and non-native population are revealed. The authors present the possible mechanisms of interaction between M. tuberculosis and HIV, and their reflection in the epidemic process basing on an analysis of the literature review. The important role of tuberculosis mixed-forms and HIV infection in its development is shown.

Keywords: epidemiology, HIV infection, tuberculosis, mixed-forms, integration method.