Абдурзаков Сайд-Альви Сайд-Ахмедович. Восстановление системы организации оказания медицинской помощи населению, нарушенной в результате вооруженного конфликта : диссертация ... кандидата медицинских наук : 05.26.02 / Абдурзаков Сайд-Альви Сайд-Ахмедович; [Место защиты: ФГУ "Всероссийский центр медицины катастроф "Защита"""].- Москва, 2008.- 263 с.: ил.

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ «ВСЕРОССИЙСКИЙ ЦЕНТР
МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ «ЗАЩИТА» ФЕДЕРАЛЬНОГО АГЕНСТВА
ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ И СОЦИАЛЬНОМУ РАЗВИТИЮ**

На правах рукописи

**АБДУРЗАКОВ САЙД-АЛЬВИ САЙД-АХМЕДОВИЧ**

**ВОССТАНОВЛЕНИЕ СИСТЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ
ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
НАСЕЛЕНИЮ, НАРУШЕННОЙ В РЕЗУЛЬТАТЕ
ВООРУЖЕННОГО КОНФЛИКТА**05.26.02 - Безопасность в чрезвычайных ситуациях
(медицина катастроф)

Диссертация на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Научный руководитель доктор медицинских наук Бобий Борис Васильевич

Москва - 2008

**ОГЛАВЛЕНИЕ**

стр.

**ВВЕДЕНИЕ 4**

**ГЛАВА 1. Восстановление системы организации оказания медицинской помощи населению, нарушенной в результате осложненной чрезвычайной ситуации (обзор литературы);..' 16**

**ГЛАВА 2. Материалы, методы и организация исследования 44**

1. Предмет и объект исследования, единицы наблюдения **44**
2. [Методика исследования **45**](#bookmark4)
3. [Подготовка и организация исследования **48**](#bookmark5)

**ГЛАВА 3. Система организации оказания медицинской помощи населению Чеченской Республики и основные условия, определяющие ее функциони­рование до начала вооруженного конфликта 52**

* 1. Численность и структура населения, прикрепленного

к лечебно-профилактическим учреждениям **53**

* 1. Уровень и структура заболеваемости и госпитализа­

[ции населения, прикрепленного к лечебно-профилак­тическим учреждениям **67**](#bookmark6)

* 1. Сеть медицинских учреждений, в которых оказыва­

лась медицинская помощь населению Чеченской Республики **(1990** - август **1999** гг.) **103**

* 1. Медицинские кадры лечебно-профилактических

учреждений Чеченской Республики **123**

* 1. [Материальная база лечебно-профилактических учреж­дений **135**](#bookmark15)

з

стр.

**ГЛАВА 4. Состояние лечебно-профилактических учреж­дений Чеченской Республики по завершению интенсивных боевых действий контртеррорис­тических операций 138**

**ГЛАВА 5. Организационные основы восстановления систе­мы организации оказания медицинской помощи населению, нарушенной в результате вооружен­ного конфликта 148**

5.1.0 понятии «восстановление нарушенной системы

организации оказания медицинской помощи населению» ... 149

1. Основные условия, влияющие на восстановление

нарушенной системы организации оказания медицинс­кой помощи 159

1. Основы управления силами и средствами здравоохра­

[нения при восстановлении системы организации ока­зания медицинской помощи населению 161](#bookmark16)

1. Организационные формы передачи функций частично

или полностью выведенных их строя лечебно-профилак­тических учреждений вновь развертываемым меди­цинским формированиям и другим ЛПУ 166

1. Оптимизация управленческой деятельности при

восстановлении нарушенной системы организации оказания медицинской помощи 183

[**ВЫВОДЫ 206**](#bookmark27)

[**ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ 213**](#bookmark28)

**СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ 215**

**ПРИЛОЖЕНИЯ** 231

[Условные сокращения, принятые в диссертационной работе 263](#bookmark30)

**ВВЕДЕНИЕ**

**Актуальность исследования.** В современных условиях имеет место тенденция роста количества межэтнических, религиозных, территориальных и других противоречий. В связи с таким положением невозможно полностью исключить вероятность возникновения внутренних или внешних вооруженных конфликтов различной интенсивности [19, 20, 21, 34, 69, 92].

Например, в конце XX века' в мире ежегодно происходило до 35 и более вооруженных конфликтов [17,18, 35, 69].

Данная угроза и риски в полной мере относятся к Российской Федерации. Подтверждением этому в определенной степени является то, что за последние тринадцать лет на территории Чеченской Республики дважды проводились достаточно масштабные антитеррористические операции по уничтожению незаконных вооруженных формирований, вследствие которых возникала осложненная чрезвычайная ситуация[[1]](#footnote-1) [26, 27, 39, 59, 60, 92,108].

Результаты изучения последствий вооруженных конфликтов свидетельствуют о том, что на территории, где проводились боевые действия, как правило, в той или иной мере нарушается функционирование *системы организации оказания медицинской помощи населению*, поэтому в ходе вооруженного конфликта или по его завершению на всей или ограниченной площади, на которой велись боевые действия, в сложных социально­экономических и политических условиях возникает потребность в восстановлении указанной системы [26, 27, 62, 78, 90, 92, 124-126].

Несмотря на то, что отечественному здравоохранению неоднократно приходилось решать эту задачу, до настоящего времени в нормативно­методических документах, научных работах, учебниках и других литературных источниках вопрос научной проработки основ и технологий организации восстановления нарушенной в результате вооруженного конфликта системы оказания медицинской помощи населению остается практически открытым. Об этом убедительно свидетельствует практический опыт восстановления здравоохранения Чеченской Республики, а также результаты специально проведенного автором исследования методом экспертной оценки. В отношении степени обобщения опыта работы здравоохранения по восстановлению системы оказания медицинской помощи населению в Чеченской Республике мнения экспертов распределились следующим образом: 4,3% экспертов высказались за то, что опыт обобщен и изучен; 34,2% экспертов утверждают, что он обобщен и изучен лишь «частично»; 26,1% экспертов сочли, что он вообще не обобщен и не изучен, а остальные или затруднялись дать оценку, или указали на отсутствие каких-либо системных данных по изучаемому вопросу.

Практически все эксперты (96,4%) подтвердили необходимость дальнейшего обобщения и изучения вопросов восстановления системы организации оказания медицинской помощи населению, особенно деятельности больничных учреждений, нарушенной в условиях вооруженного конфликта. Кроме того, большинство из них (96,4%) убеждены, что результаты такого исследования будут способствовать повышению готовности здравоохранения всех уровней к ликвидации последствий осложненных чрезвычайных ситуаций.

Совершенно очевидно, что необходимо более основательно готовить здравоохранение страны к работе по восстановлению функционирования лечебно-профилактических учреждений. На это указывает и опыт ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций, прежде всего природного характера (наводнения, землетрясения и т.д.) [1, 38, 53, 54,137,168,171, 202]. '

Следовательно, опыт работы здравоохранения в Чеченской Республике по восстановлению системы организации оказания медицинской помощи населению следует более детально и всесторонне изучать, а результаты исследований использовать для разработки теории и практики организации медицинского обеспечения населения в чрезвычайных ситуациях.

Вышеизложенное обуславливает актуальность темы настоящего научного исследования и ее значения для здравоохранения страны.

**Цель** исследования — на основе изучения опыта восстановления в Чеченской Республике деятельности лечебно-профилактических учреждений при ликвидации последствий контртеррористических операций разработать предложения по совершенствованию организационных основ и технологий восстановления системы оказания медицинской помощи населению, нарушенной в результате вооруженного конфликта.

**Задачи исследования:**

1. Исследовать сеть, структуру и основные показатели работы лечебно­профилактических учреждений в период, предшествующий вооруженному конфликту (1993 - август 1999 гг.).
2. Провести анализ и оценку укомплектованности лечебно­

профилактических учреждений медицинскими кадрами и их профессиональной характеристики (1993-1999 гг.).

1. Изучить численность и состав населения, находившегося на

медицинском обеспечении в лечебно-профилактических учреждениях, уровень и структуру его заболеваемости и госпитализации (1993-1999 гг.).

1. Определить основные условия, влияющие на восстановление

нарушенной в результате вооруженного конфликта системы организации оказания медицинской помощи населению.

1. Разработать определение «восстановление нарушенной системы

организации оказания медицинской помощи населению» и основные направления деятельности при восстановлении системы оказания медицинской помощи.

1. Разработать предложения по совершенствованию организационных основ восстановления системы оказания медицинской помощи населению, нарушенной в результате вооруженного конфликта.

**Научная новизна** исследования заключается в том, что впервые:

1. Получены и проанализированы новые данные, характеризующие функционирующую до начала вооруженного конфликта (до 1999 г.) систему организации оказания медицинской помощи населению Чеченской Республики.

После 1995 г. количество больниц уменьшилось на 14 учреждений, а больничных коек - на 54,4%. Наибольшая доля больничных коек приходилась на терапевтические - 23,6%, хирургические - 12,4%, педиатрические — 12,4%, гинекологические — 9,6% и родильные — 10,1%. Обеспеченность населения больничными койками была в 2-3 раза меньше, чем обеспеченность в среднем по Российской Федерации и в соседних регионах Северного Кавказа, а фтизиатрическими, неврологическими и психиатрическими койками еще более низкой. Эффективность использования больничных коек была самой низкой среди соседних субъектов Российской Федерации.

Выявлена отчетливо выраженная концентрация оказания

специализированной медицинской помощи: на долю коек больниц г. Г розного приходилось 83,7%, что обусловило уязвимость системы оказания медицинской помощи населению.

Укомплектованность врачебных должностей больничных учреждений различного типа в 1995 г. достигала 59,7%, а в сельской местности — 70,3%, укомплектованность должностей среднего медицинского персонала — 62,0% и 83, 1% соответственно. Показатель укомплектованности врачебных должностей в различных больничных учреждениях колебался в широком диапазоне - от 86,9% до 6,1% (туберкулезная больница для взрослых) и 7,5% (городская больница скорой медицинской помощи). Обеспеченность населения

республики врачами и средними медицинскими работниками была в 1,5-2 раза ниже, чем в среднем по Российской Федерации и самой низкой среди соседних регионов.

Установлено, что лишь небольшое количество врачей (0,8%) повышали свою квалификацию через пять лет, доля врачей повышающих свой профессиональный уровень через 10 лет составила 37,6%. Большое количество врачей (39,7%) обучалось на курсах усовершенствования один раз за период, превышающий 12 лет, а доля врачей, совсем не повышающих свой профессиональный уровень, составляла 21,9%.

1. Проведен анализ численности и состава населения республики, находящегося на медицинском обеспечении, уровня и структуры его заболеваемости и госпитализации.

Выявлено, что перед началом вооруженного конфликта произошло уменьшение общего количества населения республики (до 750-850 тыс. чел.), находящегося на медицинском обеспечении, при этом существенно увеличилась доля жителей, проживающих в сельской местности (80-87%), более 1/3 от общей численности населения составляли дети.

Установлено, что доля лиц, принадлежавших к группе старше трудоспособного возраста среди городского населения, составляла — 7,2%, а среди сельчан - 8,7%, что почти, в три раза меньше, чем аналогичный показатель в целом по Российской Федерации. Определена устойчивая тенденция увеличения более молодой части населения, обуславливающая ежегодный его естественный прирост. Возрастной тип населения являлся прогрессивным демографически «молодым».

Начиная с 1995 г. основную часть общей заболеваемости среди взрослого населения составляли болезни органов дыхания (21,9%), системы кровообращения (14,2%), инфекционные и паразитарные болезни (10,2%), болезни нервной системы (9,7%), мочеполовой системы (9,4%) и органов пищеварения (около 7,0%), а среди детей - болезни органов дыхания (52,6%), инфекционные и паразитарные болезни (17,1%), болезни кожи и подкожной клетчатки (10,3%), травмы и отравления (6,9%). Отмечалась высокая заболеваемость туберкулезом. Произошла деформация первичной заболеваемости среди населения. Охват и уровень госпитализации взрослых и особенно детей были ниже, чем в Российской Федерации и в соседних регионах.

1. Выявлен и сформирован общий облик основных условий, определяющих деятельность здравоохранения регионального уровня при организации восстановления системы организации оказания медицинской помощи населению.

Первая группа — условия, формируемые до начала вооруженного конфликта под влиянием главным образом социально-экономических факторов: численность и структура населения, прикрепленного для медицинского обеспечения к лечебно-профилактическим учреждениям; уровень и структура заболеваемости и госпитализации населения; состояние инфраструктуры (сети) лечебно-профилактических учреждений, их возможности по оказанию видов медицинской помощи; соответствие материальной базы лечебно-профилактических учреждений современному уровню оказания медицинской помощи; укомплектованность и уровень профессиональной подготовки медицинских кадров, работающих в системе оказания медицинской помощи населению; система управления организацией и качеством оказания медицинской помощи.

Вторая группа - условия, возникающие в основном вследствие боевых действий, в результате обострения социальной напряженности на территории зоны вооруженного конфликта: масштаб и степень выхода из строя органов управления здравоохранением, зданий, материальной базы и систем жизнеобеспечения лечебно-профилактических учреждений; наличие медицинских специалистов для работы в лечебно-профилактических учреждениях, возможность выполнения первоочередных восстановительных мероприятий в отдельно взятых районах, обусловленная ведением боевых действий по отдельным направлениям, обеспеченность ЛПУ медицинской аппаратурой, инструментами, медикаментами и другими видами материальных средств.

Применительно к отдельным условиям, входящим в первую и во вторую группы, могут быть допущены определенные условности по их принадлежности.

Третья группа - условия, определяемые общей концепцией восстановления экономики и социальной сферы, нарушенных в результате вооруженного конфликта: содержание специальных федеральных

(региональных) целевых программ восстановления; приоритеты восстановления социальной инфраструктуры и лечебно-профилактических учреждений; объем финансирования мероприятий по восстановлению системы организации оказания медицинской помощи и сроки их выполнения.

1. Дано теоретическое обоснование определению «восстановление нарушенной системы организации оказания медицинской помощи населению» и разработаны основные направления восстановления функционирования этой системы, предусматривающие:
* восстановление нарушенного управления системой организации оказания медицинской помощи;

^ • передачу функций выведенных из строя органов управления

здравоохранением и лечебно-профилактических учреждений другим вновь создаваемым органам управления здравоохранением и, соответственно, другим лечебно-профилактическим учреждениям, в том числе развертываемым в отдельных местах (населенных пунктах) полевым госпиталям;

* ремонтно-восстановительные и строительные работы на объектах лечебно-профилактических учреждений, а также работы по восстановлению систем жизнеобеспечения этих учреждений;
* оснащение лечебно-профилактических учреждений медицинским оборудованием, медикаментами, транспортом и другими видами материальных средств;
* восполнение (перераспределение), обучение, подготовку и доукомплектование кадрами органов управления здравоохранением и лечебно-профилактических учреждений;
* обеспечение больных, находящихся на стационарном лечении, питанием;
* выплату заработной платы работникам лечебно-профилактических

учреждений.

1. Оптимизирована управленческая деятельность при восстановлении системы организации оказания медицинской помощи населению, нарушенной в результате вооруженного конфликта, разработаны рекомендации по оптимизации документов планирования восстановления функционирования лечебно-профилактических учреждений.

В совокупности вышеперечисленные положения определяют организационные основы восстановления системы организации оказания медицинской помощи населению.

**Научно-практическая значимость и внедрение результатов исследования** заключается в следующем:

1. Результаты и материалы исследования системы организации оказания медицинской помощи населению, функционирующей в Чеченской Республике, были использованы:

для разработки организационных основ восстановления деятельности лечебно-профилактических учреждений;

при разработке разделов «Восстановление лечебных учреждений и обеспечение их функционирования» двух масштабных программных документов - Комплекса первоочередных мер по обеспечению нормального функционирования экономики и социальной сферы Чеченской Республики в 2000 году (постановление Правительства Российской Федерации от 29 августа 2000 года № 639) и федеральной целевой программы «Восстановление экономики и социальной сферы Чеченской Республики в 2001 году» (постановление Правительства Российской Федерации от 9 февраля 2001 года № 96).

1. На основании анализа и оценки фактического состояния системы организации оказания медицинской помощи населению Чеченской Республики подготовлены материалы Коллегии Минздрава России «Итоги деятельности и пути совершенствования работы Минздрава России по медицинскому обеспечению населения Чеченской Республики (21 января 2001 г.) и совещания министров здравоохранения субъектов Российской Федерации Южного федерального округа «Итоги работы по медицинскому обеспечению населения субъектов Российской Федерации Южного федерального округа» (22 ноября 2001 г., г. Нальчик).
2. Результаты анализа состояния лечебно-профилактических учреждений, деятельность которых была частично или полностью нарушена вследствие вооруженного конфликта, использованы при разработке реестра восстанавливаемых объектов здравоохранения республики.
3. Материалы и результаты настоящего исследования применялись в практической работе Министерства здравоохранения Чеченской Республики и территориального центра медицины катастроф при решении задач восстановления системы организации оказания медицинской помощи.
4. Основные положения научного исследования используются в учебном процессе при подготовке медицинских кадров в Государственном университете Чеченской Республики на медицинском факультете, в Институте проблем медицины катастроф ВЦМК «Защита».

Результаты исследования отражены в 6 публикациях, в том числе 3 статьи опубликованы в журналах, рекомендованных ВАК.

Диссертационная работа апробирована на научной конференции с участием ведущих специалистов в области медицины катастроф — сотрудников кафедр «Медицина катастроф» и «Экстренной медицинской помощи» Российской медицинской академии последипломного образования, ФГУ «Всероссийский центр медицины катастроф «Защита», штаба Всероссийской службы медицины катастроф.

Основные результаты и положения диссертационной работы были доложены в форме докладов на двух научно-практических мероприятиях международного и межрегионального масштабов:

® международный форум «Информационные технологии и общество — 2006», 18 - 25 сентября 2006 г., г. Коарли, Италия;

® межрегиональная научно-практическая конференция «Актуальные

вопросы службы медицины катастроф Урало-Сибирского региона»,

7- 8 сентября 2005 г., г. Иркутск.

**Основные положения, выносимые на защиту**

1. Характеристика ресурсов системы организации оказания медицинской помощи населению Чеченской Республики, функционирующей в период, предшест-вующий вооруженному конфликту (1993-1999 гг.).
2. Количественная и качественная характеристика населения, находящегося на медицинском обеспечении в лечебно-профилактических учреждениях (1993-1999 гг.).
3. Основные показатели уровня и структуры заболеваемости и госпитализации населения республики (1993-1999 гг.).
4. Условия, определяющие деятельность здравоохранения регионального уровня при восстановлении системы организации оказания медицинской помощи населению.
5. Основные направления восстановления системы организации оказания медицинской помощи населению при ликвидации последствий вооруженного конфликта.
6. Предложения по оптимизации управленческой деятельности при восстановлении нарушенной в результате вооруженного конфликта системы организации оказания медицинской помощи населению.

**Объем и структура диссертации**

Диссертация изложена на 263 листах машинописного текста, в том числе основной текст на 211 листах, и состоит из введения, пяти глав, выводов, практических рекомендаций и 5 приложений. Список литературы содержит 205 источников, в том числе 3 на иностранных языках. Работа иллюстрирована 60 таблицами и 7 рисунками.

**Содержание работы**

Во введении обосновывается актуальность и необходимость научной проработки вопроса о восстановлении нарушенной в результате вооруженного конфликта системы организации оказания медицинской помощи населению, указываются цель и задачи исследования, раскрывается научная новизна и научно-практическая значимость диссертационной работы, сформулированы основные положения, выносимые на защиту.

В первой главе проводится аналитический обзор документов и литературы, обобщающих опыт восстановления лечебно-профилактических учреждений и нарушенной системы организации оказания медицинской помощи при различных военных конфликтах. На основе проведенного анализа определяются закономерности, направления организации и осуществления восстановительных работ, их содержание и порядок выполнения.

Во второй главе представлены методика и организация выполнения исследования, а также сведения, характеризующие базу исследования, этапы его проведения, методы сбора, обработки и анализа материала. Указываются источники информации, объекты, единицы и объемы наблюдения. Описывается инструментарий исследования.

Третья глава посвящена выявлению условий, которые влияли на функционирование системы организации оказания медицинской помощи населению Чеченской Республики.

Представлены данные анализа, характеризующие численность и структуру контингентов из числа населения республики (взрослые, дети, городское и сельское, мужское и женское население), обслуживаемых в лечебно-профилактических учреждениях, величину и структуру их заболеваемости и нуждаемости в стационарном лечении.

Дается характеристика сети лечебно-профилактических учреждений республики и оценка их деятельности. Определяется уровень обеспеченности обслуживаемых контингентов в больничных койках и в поликлинических учреждениях и учреждениях скорой медицинской помощи по районам и городам, представляются основные статистические показатели работы ЛІТУ.

Излагаются данные анализа эффективности использования коечного фонда стационаров больничных учреждений и диспансеров.

Представляется характеристика медицинских кадров и материально­технической базы лечебно-профилактических учреждений.

В четвертой главе излагаются данные анализа состояния лечебно­профилактических учреждений по завершению интенсивных боевых действий контртеррористических операций. Представлены выявленные условия, которые влияли на организацию и содержание восстановительных мероприятий по возобновлению деятельности системы организации оказания медицинской помощи населению.

Пятая глава посвящена научному обоснованию понятия «восстановление нарушенной системы организации оказания медицинской помощи населению» и разработке направлений восстановления этой системы. Представлены в сгруппированном виде условия, влияющие на восстановление системы организации оказания медицинской помощи населению. Излагаются выявленные организационные формы передачи функций частично или полностью выведенных из строя лечебно-профилактических учреждений вновь развертываемым медицинским формированиям и другим лечебно­профилактическим учреждениям.

Дано обоснование разработанных предложений по созданию типовой модели управленческой деятельности при восстановлении нарушенной в результате вооруженного конфликта системы организации оказания медицинской помощи. При этом больше уделено внимания восстановлению деятельности больничных учреждений, как главной основы данной системы. Представлены предложения по оптимизации планирования восстановления этой системы.

Автор приносит благодарность сотрудникам Всероссийского центра медицины катастроф «Защита», специалистам штаба Всероссийской службы медицины катастроф и полевого многопрофильного госпиталя ВЦМК «Защита» за постоянную помощь, ценные советы, поддержку при сборе материалов и при выполнении настоящего исследования.

ВЫВОДЫ

1. За девять лет, предшествующих осложненной чрезвычайной ситуации, произошедшей на территории Чеченской Республики (1999 г.) сложилась сложная медико-социальная обстановка, которая негативно отразилась как на состоянии системы организации оказания медицинской помощи населению, так и на здоровье жителей республики.

Общее количество больниц уменьшилось на 14 (29%) учреждений, а больничных коек - на 54,4%. Большая часть (60,4%) больниц располагалась в сельской местности, в которых имелось 37,6% от общего количества больничных коек республики. На долю республиканских, клинических, городских и специализированных больниц приходилось 32,1%, центральных районных больниц - 24,5%, а на участковые больницы - 43,4%.

Имела место выраженная концентрация оказания специализированной медицинской помощи, доля коек больниц г. Грозного составляла 83,7%, что обусловило уязвимость системы оказания медицинской помощи.

Из общего числа больниц 77,6% имели в своем составе амбулаторно­поликлинические подразделения, а половина отделений (10) скорой медицинской помощи являлись структурными подразделениями центральных районных больниц. \* ~

Наибольшая доля больничных коек приходилась на терапевтические — 23,6%, хирургические — 12,4%, педиатрические — 12,4%, гинекологические — 9,6% и родильные - 10,1%. Обеспеченность населения республики

больничными койками была в 2-3 раза меньше, чем обеспеченность в среднем по Российской Федерации и в соседних регионах Северного Кавказа, была подвержена необоснованным значительным колебаниям.

Эффективность использования больничных коек была самой низкой среди соседних субъектов Российской Федерации. Годовая занятость койки в зависимости от типа больничного учреждения составляла в среднем от 150 до 180 дней.

1. Укомплектованность лечебно-профилактических учреждений Чеченской Республики врачами и средними медицинскими работниками была практически в два раза и более ниже, чем по Российской Федерации и среди соседних регионов.

Укомплектованность врачебных должностей в больничных учреждениях в 1995 г. составляла 59,7%, в поликлиниках - 18,4%, в амбулаториях — 56,0%, а средними медицинскими работниками соответственно — 62,0%, 45,7%, 95,0%.

За период с 1990-1995 годы сокращение показателя укомплектованности врачами в зависимости от типа ЛПУ колебалось от 8,9% (стоматологические поликлиники) до 70,3% (станции, отделения скорой медицинской помощи). Более чем на одну треть сократилась укомплектованность врачами больниц (на 37,8%) и диспансеров (на 38,3%).

Показатель укомплектованности врачебных должностей в различных больницах колебался в широком диапазоне — от 86,9% (детская городская больница) до 6,1% (туберкулезная больница для взрослых) и 7,5% (городская больница скорой медицинской помощи).

В течение этого периода сокращение укомплектованности средними медицинскими работниками произошло в больницах на 30,4%, в поликлиниках на 33,3%, в диспансерах на 40,4%, а в стоматологических поликлиниках на 67,7%. ' '

В структуре штатных должностей врачей и средних медицинских работников, имеющихся в ЛПУ, доля врачей составляла 29,2%, а среднего медперсонала - 70,8%. Доля этих медицинских кадров вместе взятых, работающих в сельской местности, достигала 37,8%.

Обеспеченность населения республики врачами и средними медицинскими работниками была в 1,5 — 2 раза ниже, чем в среднем по России, и самой низкой среди соседних субъектов Российской Федерации.

Уровень профессиональной подготовки врачей, фельдшеров и медицинских сестер, работающих в ЛПУ, был низким. Небольшое количество врачей (0,8%) повышали свою квалификацию через пять лет, доля врачей, повышающих свой профессиональный уровень через 10 лет, составила 37,6%, а обучавшихся на курсах усовершенствования один раз за период, превышающий 12 лет — 39,7%, совсем не повышавших уровень подготовки - 21,9%.

Среди основных медицинских специалистов (хирурги, травматологи, акушер-гинекологи, невропатологи и педиатры) в среднем удельный вес врачей, имеющих квалификационную высшую категорию составлял - 13,2%, первую — 10,7%, вторую — 2,6%. Все вышеизложенное способствовало снижению уровня качества оказываемой медицинской помощи.

1. По завершению вооруженного конфликта численность населения, состоявшего на медицинском обеспечении в Jill У республики, не превышала 750- 850 тыс. человек, при этом имелась тенденция к постоянному увеличению за счет возращения вынужденных переселенцев и естественного прироста населения (ежегодно на 1000 жителей до 20 и более человек).

В сельской местности в это время проживало от 80 до 87% населения. Следовало ожидать постоянный отток (15- 20 %) населения из сел в города.

Возрастная структура жителей Чеченской Республики существенно отличалась от среднероссийской структуры населения. Среди общего количества постоянного населения численность женщин превышала численность мужчин на 3,4%. Более 1/3 от общего количества населения составляли дети. Доля лиц, принадлежавших к группе старше трудоспособного возраста среди городского населения, составляла — 7,2%, а среди сельчан — 8,7%, что почти в три раза меньше, чем аналогичный показатель в целом по России.

Возрастной тип населения являлся прогрессивным демографически «молодым».

Основную часть общей заболеваемости среди взрослого населения составляли болезни органов дыхания (21,9%), системы кровообращения (14,2%), инфекционные и паразитарные болезни (10,2%), болезни нервной системы (9,7%), мочеполовой системы (9,4%) и органов пищеварения (около 7,0%), а среди детей — болезни органов дыхания (52,6%), инфекционные и паразитарные болезни (17,1%), болезни кожи и подкожной клетчатки (10,3%), травмы и отравления (6,9%).

Отмечался высокий уровень заболеваемости туберкулезом как среди взрослых, так и среди детей, он был в 2 - 2,5 раза выше, чем в России и субъектах Российской Федерации Северного Кавказа. Произошла деформация первичной заболеваемости среди населения. Охват и уровень госпитализации взрослых и особенно детей были в 1,5 - 2 раза ниже, чем в Российской Федерации и в соседних регионах.

1. Наиболее типичные условия, определяющие деятельность здравоохранения субъекта Российской Федерации при восстановлении системы организации оказания медицинской помощи населению, нарушенной в результате вооруженного конфликта, подразделяются на следующие три группы:

Первая группа — условия, формируемые до начала вооруженного конфликта под влиянием, главным образом, социально-экономических факторов: численность и структура населения, прикрепленного для медицинского обеспечения к лечебно-профилактическим учреждениям; уровень и структура заболеваемости и госпитализации населения; состояние инфраструктуры (сети) лечебно-профилактических учреждений, их возможности по оказанию видов медицинской помощи; соответствие материальной базы лечебно-профилактических учреждений современному уровню оказания медицинской помощи; укомплектованность . и уровень профессиональной подготовки медицинских кадров; состояние системы управления организацией и качеством оказания медицинской помощи.

Вторая группа — условия, возникающие в основном вследствие боевых действий, в результате обострения социальной напряженности на территории зоны вооруженного конфликта: масштаб и степень выхода из строя органов управления здравоохранением, зданий, материальной базы и систем жизнеобеспечения лечебно-профилактических учреждений; наличие медицинских специалистов для работы в лечебно-профилактических учреждениях; возможности по выполнению первоочередных восстановительных мероприятий в отдельно взятых районах, обусловленные ведением боевых действий, обеспеченность ЛПУ медицинской аппаратурой, инструментами, медикаментами и другими видами материальных средств.

Применительно к отдельным условиям, входящим в первую и во вторую группы, могут быть допущены определенные условности по их принадлежности.

Третья группа - условия, определяемые общей концепцией восстановления экономики и социальной сферы: наличие и содержание специальных федеральных (региональных) целевых программ восстановления; приоритеты восстановления социальной инфраструктуры и лечебно­профилактических учреждений; объем финансирования мероприятий по восстановлению системы оказания медицинской помощи и сроки их выполнения.

1. Основными направлениями восстановления функционирования системы организации оказания медицинской помощи населению следует считать: восстановление нарушенного управления системой оказания медицинской помощи; передачу функций выведенных из строя органов управления здравоохранением и лечебно-профилактических учреждений другим вновь создаваемым органам управления здравоохранением и, соответственно, другим лечебно-профилактическим учреждениям, в том числе развертываемым в отдельных местах (населенных пунктах) полевым госпиталям; ремонтно-восстановительные и строительные работы на объектах лечебно-профилактических учреждений, а также работы по восстановлению систем жизнеобеспечения этих учреждений; оснащение лечебно­профилактических учреждений медицинским оборудованием, медикаментами, транспортом и другими видами материальных средств; восполнение (перераспределение), обучение, подготовку и доукомплектование кадрами органов управления здравоохранением и лечебно-профилактических учреждений; обеспечение больных, находящихся на стационарном лечении, питанием; выплату заработной платы работникам лечебно-профилактических учреждений.
2. В результате проведенного обобщения и анализа работы органов управления здравоохранением регионов, медицинских формирований и учреждений при ликвидации медико-санитарных последствий вооруженных конфликтов разработаны предложения по созданию типовой модели управленческой деятельности при восстановлении нарушенной системы организации оказания медицинской помощи населению, включающей: создание системы управления силами и средствами, привлекаемыми для восстановления деятельности ЛПУ; организацию сбора и анализ данных о состоянии ЛПУ, определение перечня и объема предстоящих восстановительных работ и потребности в финансовых средствах; выявление условий, их анализ и определение характера и степени влияния на восстановление системы организации оказания медицинской помощи; определение возможностей сохранившихся ЛПУ по оказанию различных видов медицинской помощи; определение потребности в оказании медицинской помощи населению и ресурсов для обеспечения ЛПУ; организация первоочередного восстановления функционирования ЛПУ; определение значимости, потребности и очередности развертывания больничных коек и ввода в строй ЛПУ; разработка раздела в комплексный план восстановления объектов здравоохранения и социального назначения о порядке восстановления деятельности ЛПУ и реестра восстанавливаемых ЛПУ на конкретный период.
3. При планировании восстановления нарушенной системы организации оказания медицинской помощи населению необходимо учитывать следующие принципиальные подходы: разработка планов восстановления системы организации оказания медицинской помощи населению, (объектов ЛПУ) осуществляется на всех уровнях здравоохранения в соответствии с компетенцией органов управления здравоохранением; разработка планов строится на формировании комплексов основных мероприятий с учетом приоритетной деятельности лечебно-профилактических учреждений по оказанию медицинской помощи; определение целей и задач восстановления системы организации оказания медицинской помощи осуществляется по периодам (этапам) восстановления, с учетом этого производится распределение ресурсов, необходимых для выполнения восстановительных мероприятий; рациональность распределения ресурсов для выполнения задач восстановления системы организации оказания медицинской помощи является индикатором качества планирования; при планировании восстановления учитываются сильные и слабые стороны существующей системы организации оказания медицинской помощи в зоне вооруженного конфликта и в ближайших субъектах Российской Федерации; план должен исходить из важности достижения социально-экономического эффекта, социальных, экономических и других выгод.

**ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ**

1. Полученные в настоящем исследовании результаты и разработанные предложения по оптимизации работы здравоохранения регионального уровня в ходе ликвидации последствий вооруженного конфликта необходимо учесть при разработке нормативно-методических документов, касающихся совершенствования организационных основ восстановления системы оказания медицинской помощи населению, нарушенной при чрезвычайных ситуациях мирного времени и в военное время.
2. Рекомендовать в системе Минздравсоцразвития России разработать методические рекомендации по восстановлению системы организации оказания медицинской помощи населению, нарушенной в результате осложненной чрезвычайной ситуации.
3. В целях глубокого, всестороннего изучения и обобщения опыта работы здравоохранения страны, накопленного в ходе ликвидации последствий вооруженных конфликтов при восстановлении нарушенной системы организации оказания медицинской помощи населению регионов Северного Кавказа, Минздравсоцразвития России, Академии медицинских наук Российской Федерации рекомендовать создать рабочую группу по изучению восстановления деятельности лечебно-профилактических учреждений, на основе результатов исследований организовать разработку комплексов мер, направленных на повышение готовности здравоохранения к работе по восстановлению объектов медико-социального значения.
4. В системе Минздравсоцразвития России необходимо разработать и официально ввести в действие отраслевую учетно-отчетную статистическую документацию, применяемую органами управления здравоохранением регионов, осуществляющих восстановление нарушенной системы организации оказания медицинской помощи.
5. Рекомендовать включить в учебные планы и программы последипломного образования врачей-организаторов и специалистов службы

медицины катастроф вопросы восстановления нарушенной организации оказания медицинской помощи.



1. Осложненная чрезвычайная ситуация (комплексная ЧС) - форма антропогенной ЧС, когда причина ЧС и помощь пострадавшему населению переплетаются с политическими осложнениями различной интенсивности (термин ВОЗ) [ ]. [↑](#footnote-ref-1)