

На правах рукописи

МАТИНЯН НОРИК СИРЕКАНОВИЧ

**ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ
СИСТЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В УСЛОВИЯХ ГЛОБАЛИЗАЦИИ
(НА ПРИМЕРЕ ТУБЕРКУЛЕЗА)**

14.00.33 – Общественное здоровье и здравоохранение

**Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
доктора медицинских наук**

Москва, 2009 г.

Работа выполнена в ФГУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения Росздрава»

Научный консультант:

Заслуженный деятель науки РФ,

доктор медицинских наук, профессор Михайлова Юлия Васильевна

Официальные оппоненты:

доктор медицинских наук, профессор Кудрина Валентина Григорьевна
член-корреспондент РАМН

доктор медицинских наук, профессор Кучеренко Владимир Захарович
доктор медицинских наук, профессор Голубев Дмитрий Николаевич

Ведущая организация – ГУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья РАМН»

Защита состоится «__» _____» 2009 г. в __ часов на заседании Диссертационного Совета Д 208.110.01 в ФГУ «Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения Росздрава» по адресу: 127254, г. Москва, ул. Добролюбова, д. 11.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ФГУ «Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения Росздрава» по адресу: 127254, г. Москва, ул. Добролюбова, д. 11.

Автореферат разослан «__» «_____» 2009 г.

Ученый секретарь
диссертационного совета

Е.И. Сошников

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность исследования.

Происходящие в мире процессы экономической интеграции, приводящие к глобализации мирохозяйственных связей, открывают широкие возможности для тех, кто может использовать этот потенциал. В тоже время существуют слои населения, которым недоступны приносимые глобализацией блага и которые, прежде всего, испытывают на себе негативные последствия в виде экстремальных колебаний и обвалов рынка, безработицы и нищеты. Кризисные явления, проявляющиеся на глобальном уровне в экономической сфере, вызывают необходимость принятия мер, которые могли бы способствовать более гармоничному развитию глобализации.

К началу 2000 года в мире стал отчетливо виден разрыв в функционировании систем здравоохранения между бедными и богатыми странами. Чем беднее страны, тем слабее существующая у них система здравоохранения и тем менее соблюдается в ней принцип справедливого доступа всего населения к медицинской помощи. Поэтому на повестку дня вышел вопрос о развитии систем здравоохранения в мире и помощи, в этом отношении, развивающимся странам. В тоже время в развитых странах перед системами здравоохранения по-прежнему стоят вызовы, обусловленные ростом стоимости медицинских услуг, старением населения и др.

Задача согласования, основанной на конкуренции экономической концепции рынка и концепции социальной интеграции является крайне актуальной. Развитие социальных параметров рыночной экономики становится остро необходимым в борьбе с неравенством, экономическими диспропорциями и социальными потрясениями, которые влечет за собой глобализация. О любых стратегиях необходимо судить не только с точки их экономической, но и социальной эффективности.

Социальное единство и адекватное развитие человеческого капитала широко признаются в настоящее время в качестве исключительно важного фактора конкурентоспособности страны на глобальном уровне и предварительного условия для успешной интеграции в процесс глобализации (Бабенко А.И., 2004 – 2007 гг., Ермаков С.П., 1999-2000, Лисицын Ю.П., 2001, Чичерин Г.И., 2000, 2007, Пушкарев О.В., 2009 и др.). Развитие человеческого капитала путем повышения качества здравоохранения, образования и формирования необходимых профессиональных навыков, способствует долгосрочному экономическому росту. Таким образом, стратегии в области социально-

го инвестирования приобретают центральное значение для ликвидации противоречий между экономическим ростом и социальным развитием, и потому социальное развитие может рассматриваться в качестве продуктивного фактора. Инвестиции в различных секторах приносят наибольшую отдачу в сочетании с другими видами деятельности. Поскольку мероприятия в области здравоохранения, образования, борьбы с бедностью и макроэкономических стратегий усиливают друг друга, развитие людских ресурсов должно строиться на основе широкого диапазона инвестиций в экономической и социальной областях.

Проблема интеграции для России и стран СНГ имеет свою специфику, так как происходит в условиях беспрецедентного по масштабу переустройства социально-экономических отношений. Задача смягчения последствий и обеспечения развития по собственной модели государственного и социально-экономического строительства и интеграции в мировое сообщество здесь встала особенно остро. В результате преобразований Россия и страны СНГ столкнулись с конкуренцией в условиях открытой экономики при неразвитых рыночных институтах, распаде социальной среды, резком падении уровня социальной поддержки. Для того чтобы найти оптимальные пути вхождения в мировое сообщество Россия должна решать задачи, адекватные происходящим в мире процессам, учитывая, что в результате глобализации и конкуренции возможности в одиночку добиться экономического и социального роста и минимизировать экономические и социальные риски на пути вхождения в глобальный рынок резко сократились.

На современном этапе подходы к реформированию социальной сферы, и здравоохранения, как ключевого социального института, подлежат серьезному переосмыслению и требуют внесения корректив в теорию, методологию и практику реформирования, так как стимулируется, активно набирающим силу, процессом глобализации (Аакер Д., 2002, Денисов В.Н., Бабенко А.И., 2001, Сибурина Т.А., 2005-2007, Стародубов В.И. и соавторы, 2000, Гершун А., 2005 и др.).

Безусловным преимуществом глобализации является то, что она создала реальные возможности для интеграции международных усилий в борьбе со многими опасными заболеваниями, такими как СПИД, туберкулез, гепатит. Широко известным примером успеха такого подхода является искоренение оспы во всемирном масштабе. Успешная программа иммунизации, координируемая ЮНИСЕФ, позволила предупредить полиомиелит и другие

смертоносные болезни у миллионов детей. Последние международные инициативы в области здравоохранения ознаменовались созданием международного фонда для борьбы со СПИДом, малярией и туберкулезом (Глобальный Фонд). Из ожидаемых успехов следует отметить широкомасштабную программу глобального альянса по вакцинации, направленную на распространение вакцин против гепатита В.

К сожалению сегодня, мы вынуждены бороться с новыми инфекциями, число которых будет, вероятно, расти в связи с процессами генетических мутаций бактерий и вирусов. Эта борьба в наиболее выраженной форме проявилась на примере туберкулеза, особенно, так называемых, лекарственно-устойчивых форм. В мире с глубокой тревогой следят за тем, как лекарственно-устойчивые формы туберкулеза переходят границы и поражают тысячи людей во многих странах. Поэтому понятна готовность мировой общественности, делать все возможное для того, чтобы остановить этот процесс (Берлинская декларация по туберкулезу, 2007, Global tuberculosis control – surveillance, planning, financing, WHO Report 2008). При этом каждая страна должна выработать эффективные стратегии борьбы с данным заболеванием, основываясь, с одной стороны, на традициях национального здравоохранения, с другой, - учитывая вызовы глобализации в социальной сфере, в том числе – системе здравоохранения.

Все вышеизложенное позволило сформулировать **цель исследования** – на основе комплексного социально-гигиенического исследования взаимодействия экономических и социальных аспектов глобализации теоретически обосновать и разработать стратегию развития конкурентоспособного здравоохранения России и его интеграции в глобализованные процессы на примере борьбы с туберкулезом.

Задачи исследования:

1. Раскрыть сущность глобализации, выявить особенности взаимодействия экономических и социальных аспектов глобализации в современном мире;
2. Определить вызовы системам здравоохранения в условиях глобализации, определяющие направление и сущность реформ в развитых странах;
3. Выявить проблемы и оценить перспективы интеграции российского здравоохранения в глобальные процессы.

4. На основе изучения динамики и особенностей эпидемической ситуации по туберкулезу в мире в современных социально-экономических условиях уточнить основные факторы, определяющие туберкулез в качестве глобальной проблемы здравоохранения.

5. Обосновать значимость ограничения распространения микобактерий туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью в условиях структурных преобразований в системе здравоохранения.

6. На основе анализа эволюции международной стратегии борьбы с туберкулезом, оценить развитие научных и организационных подходов к формированию национальной противотуберкулезной программы.

7. Разработать стратегические направления формирования национальной стратегии борьбы с туберкулезом на территории Российской Федерации до 2020 года в условиях реформы здравоохранения с позиций повышения его конкурентоспособности в условиях глобализации.

Объект диссертационного исследования – системы здравоохранения в развитых странах мира и странах с переходной экономикой.

Предмет исследования – процесс формирования глобального здравоохранения с позиций согласования экономических и социальных целей развития.

Научная новизна исследования состоит в том, что впервые:

- раскрыта сущность глобализации в современном мире;
- определены и описаны особенности взаимодействия экономических и социальных параметров, в том числе определяющих вызовы системам здравоохранения и сущность проводимых реформ в мире;
- установлено, что отставание в развитии наднациональных социальных институтов, в том числе в сфере здравоохранения, является тормозом дальнейшей экономической глобализации, поскольку приводит к снижению конкурентоспособности участников рынка из-за недостаточных инвестиций в человеческий капитал;
- на примере здравоохранения уточнено понятие «конкурентоспособность» применительно к социальной сфере: обосновано, что конкурентоспособной может быть лишь такая система, которая сочетает доступность и качество услуг с одной стороны (социальная составляющая), с контролем над расходами (экономическая составляющая) – с другой;

- предложена классификация стратегий и механизмов реформирования здравоохранения в развитых странах с позиций достижения социальной и экономической составляющих конкурентоспособности, определяющих направление и сущность реформ в разных европейских государствах;
- осуществлена оценка реформ здравоохранения в России с точки зрения их целей и стратегий реализации, в соответствии с которой задача повышения конкурентоспособности здравоохранения в условиях адаптации к глобальным процессам адекватна современному этапу повышения финансирования и относительной сбалансированности обязательств государства и их материального обеспечения;
- установлены и обоснованы стратегические направления интеграции российского здравоохранения в глобальные процессы;
- уточнены основные предикторы, определяющие туберкулез в качестве глобальной проблемы здравоохранения, к которым относятся, помимо факторов, определяющих рост и распространение туберкулеза в мире (неравномерность социально-экономического развития регионов мира и миграционные процессы, порожденные этой неравномерностью), факторы, формирующие условия успешной борьбы с инфекцией (развитие наднациональных структур, разработка международных стратегий, экспорт медицинских и организационных технологий);
- разработаны новые подходы к формированию национальной стратегии борьбы с туберкулезом на территории Российской Федерации в условиях реформы здравоохранения с позиций повышения его конкурентоспособности в условиях глобализации.

Практическая значимость исследования

На основе полученных результатов исследования:

- определены особенности эпидемической ситуации по туберкулезу, установлены основные факторы, определяющие уровень и структуру заболеваемости туберкулезом в мире в социальных, возрастных и гендерных аспектах; сформулированы прогностические траектории развития туберкулеза в интегрирующемся социально-экономическом пространстве;
- при анализе эпидемической ситуации с распространением множественной лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза в различных странах мира были выделены четыре возможных варианта развития эпидемиологических процессов;

- обоснована необходимость новых организационных подходов в системе организации противотуберкулезной помощи больным, выделяющим лекарственно-устойчивые микобактерии туберкулеза;
- предложены новые подходы к формированию национальной стратегии борьбы с туберкулезом с использованием системы межсекторального взаимодействия, что позволило обосновать комплекс мероприятий по ограничению распространения туберкулеза на территории Российской Федерации до 2020 года в условиях реформы здравоохранения как адаптации к глобальным процессам.

Внедрение результатов исследования.

На международном уровне:

Результаты исследования использованы при подготовке: международного отчета Global Tuberculosis control (2008 г.); при подготовке резолюции «Стратегическое управление/руководство системами здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ» (2008 г.); материалов докладов Российских делегаций на 57, 59 сессии Европейского регионального комитета ВОЗ и 60 сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения; двухлетнего Соглашения о сотрудничестве между Российской Федерацией и Всемирной Организацией Здравоохранения на 2008-2009 гг.; Берлинской Декларации по туберкулезу «Все против туберкулеза» (2007 г.), подготовке докладов Российской делегации на 59 ой сессии Европейского регионального Комитета ВОЗ (2009 г.) «Охрана здоровья в условиях глобального экономического кризиса», «Туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью», «Кадровые ресурсы здравоохранения».

Результаты исследования использованы в работе Программы ВОЗ по борьбе с туберкулезом в России; в работе Группы Высокого уровня по борьбе с туберкулезом, группы экспертов Партнерства стран Балтийского региона и «Северного Измерения».

На федеральном и региональном уровнях

Материалы исследования использовались при: разработке аналитических материалов для администрации Президента Российской Федерации «Международный опыт реформ здравоохранения», «Анализ законодательного обеспечения в системе здравоохранения»; разработке стратегического плана развития здравоохранения Российской Федерации на период до

2020 г.; разработке программы развития здравоохранения Республики Бурятия, Свердловской, Калининградской областей и Концепции Партнерства Калининградской области и Северного Измерения; реализации Проекта ЕК «Улучшение состояния здоровья населения Калининградской области».

Издано 6 монографий, 22 учебно-методических и методических пособия по вопросам глобализации в современных условиях, которые используются в профессиональной переподготовке врачей по специальности «Общественное здоровье и здравоохранение», «Экономика здравоохранения». Результаты исследования явились научной и информационной базой для информационных писем, учебно-методических пособий, справочника, региональных программ.

Апробация результатов исследования

Материалы диссертационной работы доложены на апробационном Совете ФГУ «ЦНИИОИЗ Росздрава». Основные положения диссертации доложены и обсуждены: на международных конференциях (г. Улан-Удэ – 2007 г.; г. Москва – 2008 г.); на российских научных, научно-практических конференциях (г. Калининград – 2007 г.; г. Москва – 2005, 2006, 2007 гг.); на региональных научно-практических конференциях (г. Екатеринбург – 2006 г.; г. Улан-Удэ – 2006, 2007 гг.); на международном симпозиуме, посвященном 100-летию А.Б. Петровского (г. Москва – 2008 г.); на Всероссийской конференции «Информатизация здравоохранения – 2008» (г. Москва – 2008 г.); на научно-практических конференциях в «ЦНИИОИЗ Росздрава» (г. Москва – 2005, 2007 гг.).

По теме диссертации опубликовано 48 печатных работ, в том числе 6 монографии, 9 статей в изданиях, рекомендованных ВАК, 1 публикация в международном издании.

Положения, выносимые на защиту:

1. Особенности взаимодействия экономических и социальных аспектов глобализации в современном мире, негативные тенденции медико-демографических процессов и состояния здоровья, новые вызовы системам здравоохранения играют значительную роль в выборе стратегий реформирования здравоохранения на страновом уровне.

2. Понятие «конкурентоспособность» применительно к социальной сфере включает социальную и экономическую составляющие, к которым на примере здравоохранения относятся: доступность и качество услуг (социаль-

ная составляющая) и контроль над расходами (экономическая составляющая).

3. Туберкулез является глобальной проблемой здравоохранения не только в силу факторов, определяющих его рост и распространение в мире (неравномерность социально-экономического развития регионов мира и миграционные процессы, порожденные этой неравномерностью), но и условий, формирующих успешную борьбу с инфекцией (развитие наднациональных структур, разработка международных стратегий, экспорт медицинских и организационных технологий).

4. Новые подходы к формированию национальной стратегии борьбы с туберкулезом в Российской Федерации в условиях реформы здравоохранения с позиций повышения его конкурентоспособности в условиях глобализации включают: комплекс организационных мер, направленных на совершенствование системы профилактики и медицинской помощи, в том числе на разработку эффективных, научно обоснованных технологий борьбы с туберкулезом и адекватных, современных мер по медико-социальной реабилитации после завершения этапов специализированного противотуберкулезного лечения.

Объем и структура работы

Материалы диссертации изложены на 320 страницах машинописного текста, отражены в 26 таблицах, 20 диаграммах и 4 схемах. Диссертация состоит из введения, обзора литературы, главы «Материалы и методы», 6 глав собственных исследований, заключения, выводов и практических рекомендаций. Список использованной литературы включает 349 источников, из которых 270 отечественных и 79 иностранных авторов.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Введение

Обоснована актуальность проведенного исследования, определены цель и задачи, изложены научная новизна, научно-практическая значимость работы, основные положения, выносимые на защиту.

Глава первая. «Социальные аспекты глобализации».

В главе содержатся результаты анализа основных черт современного этапа глобализации, согласованности целей экономического и социального

развития, оценки в этом контексте целей тысячелетия в области развития, включая вопросы туберкулеза как глобальной проблемы здравоохранения, и особенностей трансформации и функционирования социальной сферы в странах с переходной экономикой в условиях глобализации.

Современный этап глобализации проявляется преимущественно в экономической сфере и представляет собой процесс создания общемирового экономического пространства, где действуют близкие правовые нормы, политические и экономические концепции в области производства, международной торговли, движения капитала и услуг.

Глобализация в современных условиях развивается в той мере, в какой мир переходит от взаимодействия собственно национальных экономических и политических систем к взаимодействию глобальных игроков, от того, насколько доминируют глобальные геоэкономические и геополитические процессы над национальными.

Экономические процессы составляют основу глобализации всех общественных процессов. Постепенно складывается единство мира, в котором происходит принципиальное изменение соотношения между внешними и внутренними факторами развития национальных государств. В прошлом национальные государства определяли характер, формы и механизмы международных отношений, сегодня всемирные социально-экономические отношения все более приобретают роль ведущих, что вызывает необходимость стран приспосабливаться к новым внешним условиям.

В мировой научной мысли наблюдается двойственное отношение к процессам глобализации. Это – оптимистический подход, ставящий акценты на позитивных сторонах развития мировой экономики, и пессимистический подход, базирующийся на тезисе о неуправляемости глобализации. Вместе с тем, и те и другие признают угрозы глобализации, главной из которых является неравномерность распределения благ от глобализации и по сферам деятельности, и по отраслям, и по странам.

Процесс глобализации сопровождается сохранением крайне бедных, изолированных миров, все более отстающих от глобализирующегося центра. Дальше всех ушли по пути глобализации промышленно развитые страны, являющиеся мотором этого процесса и извлекающие из него наибольшие выгоды (прежде всего с помощью сети ТНК). Отстающие страны и цивилизации в разной степени вовлечены в процесс глобализации и выступают в нем, как правило, в качестве объекта эксплуатации.

Наивысший уровень интеграции достигнут в финансово-кредитной сфере, информационном секторе, связи, промышленности. Таким образом, в выигрыше оказываются те группы населения, которые профессионально связаны с этими секторами экономики. Отстают в процессе глобализации отрасли социальной сферы, где производство и потребление услуг локализовано. На современном этапе глобализационные процессы зашли в тупик: над социальными аспектами превалируют меры по открытию рынков, а также финансовые и экономические соображения. Выход из тупика лежит на пути одновременного создания со стремительно расширяющимся глобальным рынком, социальных институтов, необходимых для его эффективного и справедливого функционирования. Проблема, которую, несомненно, придется решать современному поколению, заключается в обеспечении гарантий того, чтобы ходом экономической глобализации руководили социальные ценности.

В интересах социального развития должны в полной мере использоваться механизмы, инструменты и стратегии на наднациональном и глобальном уровнях, которые, однако, на современном этапе находятся еще на самом начальном уровне развития. На субглобальном уровне такая политика осуществляется уже в рамках Европейского союза. Глобальная реформа в социальной сфере намечается МВФ, Всемирным банком. В этом же русле надо рассматривать Цели тысячелетия в области развития, провозгласившие глобальные проблемы и пути их достижения. Три из восьми целей и 8 из 18 задач непосредственно связаны со здоровьем людей.

Становление экономики открытого типа, тесно взаимосвязанной с мировым рынком, остро поставило в России проблему выработки модели социального устройства для новых условий. Открытая экономика и глобализация создают широкие возможности для поддержания устойчивого экономического роста и в целом общественного развития. Но они сопряжены и с многочисленными рисками внешних воздействий, в т.ч. структурными, конъюнктурными, которые могут негативно повлиять на экономическую безопасность страны. Многие проблемы характерны и для двусторонних отношений, и для участия в интеграционных группировках, и для вступления России в ВТО и ратификацией Европейской социальной хартии. Главной задачей государства становится достижение баланса между новыми глобализационными возможностями и рисками для населения.

Пока сложно говорить о том, что страна может соответствовать международным требованиям в социальной области. Преобразование социальной

сферы в России пока направлено скорее на создание приемлемой системы социальной защиты, но и это требует больших затрат и выработки долгосрочных мер. Вместе с тем система социальной защиты относится к пассивным механизмам преодоления, является государственной по своей сути. Перспективная цель состоит в том, чтобы система социальной защиты эволюционировала в сторону смягчения риска и могла выполнять свои задачи наиболее комплексно и последовательно.

Не подвергая сомнению, актуальность Национальных проектов, следует заметить, что все они в большой мере из области распределительных отношений, предусматривают расходы значительных объемов средств, бюджетов, валового внутреннего продукта, а не направлены на их формирование и увеличение. В этой связи уже давно, несколько в тени, остаются социальные резервы и ресурсы, способные не тратить, а целенаправленно влиять и обеспечивать нужную динамику ВВП, объемов производства и т.д. Речь, например, идет об эффективности и производительности труда, обеспечении эффективной и продуктивной занятости и других направлений социальной политики.

В развитии социальной сферы России должны с неизбежностью наметиться качественные изменения, что требует серьезной методологической проработки с учетом тех процессов, которые связаны с новыми тенденциями глобального общественного развития и теми рисками, которые они вызывают.

Глава вторая. «Организация, материалы и методы исследования».

Дана характеристика базы исследования, организационно-методические аспекты и этапы проведения исследования, методологические подходы, методические приемы и методы анализа.

Для решения задач, поставленных в работе использовались общенаучные методические подходы: классифицирование, синтез, обобщение, сопоставительный анализ, монографический, аналитический методы, метод экспертных оценок, ситуационный анализ (анализ социально-экономических факторов, современных проблем и условий развития мирового здравоохранения), эпидемиологический метод, методы экономической статистики (анализ формирования, распределения и использования финансовых, материальных, трудовых, информационных ресурсов в деятельности по укреплению здоровья, оказанию лечебно-профилактической помощи).

Исследование проводилось сплошным методом на большом фактическом материале и включала данные, содержащиеся в базах данных: Global Tuberculosis Databases (Глобальная база по туберкулезу), WHO Statistical Information System (WHOSIS) (Информационная система статистических данных ВОЗ) и centralized information system for infectious diseases (CISID) по 202 из 212 стран мира на 23 895 245 больных туберкулезом, в том числе на 50 097 больных туберкулезом с МЛУ МБТ, базы данных по инфекционным заболеваниям, аккумулирующие статистику по инфекционным заболеваниям 52 стран Европейского региона. данные, приведенные в Глобальном отчете «Борьба с туберкулезом в мире» за 2006-2008 годы; данные Государственной системы мониторинга туберкулеза в Российской Федерации за 2002-2008 гг. на 586 789 больных туберкулезом, в том числе на 26 446 больных туберкулезом с МЛУ МБТ (схема 1).

Схема 1

Общая схема исследования

<p>Этапы и задачи исследования:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Раскрыть сущность глобализации, выявить особенности взаимодействия экономических и социальных аспектов глобализации в современном мире; 2. Определить вызовы системам здравоохранения в условиях глобализации, определяющие направление и сущность реформ в развитых странах; 3. Выявить проблемы и оценить перспективы интеграции российского здравоохранения в глобальные процессы. 4. На основе изучения динамики и особенностей эпидемической ситуации по туберкулезу в мире в современных социально-экономических условиях уточнить основные факторы, определяющие туберкулез в качестве глобальной проблемы здравоохранения. 5. Обосновать значимость ограничения распространения микобактерий туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью в условиях структурных преобразований в системе здравоохранения. 6. На основе анализа эволюции международной стратегии борьбы с туберкулезом, оценить развитие научных и организационных подходов к формированию национальной противотуберкулезной программы. 7. Разработать стратегические направления формирования национальной стратегии борьбы с туберкулезом на территории Российской Федерации до 2020 года в условиях реформы здравоохранения с позиций повышения его конкурентоспособности в условиях глобализации.
<p>Методы исследования:</p> <p>классифицирование, синтез, обобщение, эпидемиологий, статистический методы, многомерный статистический анализ, сопоставительный анализ, монографический, аналитический и ситуационный анализ, методы экономической статистики, финансовый анализ и экспертный метод</p>

Источники информации:	Объем наблюдения:
<ul style="list-style-type: none"> - международные документы и материалы, отражающие деятельность ООН, Всемирного банка, МОТ, ВОЗ и других международных организаций; - Конституция Российской Федерации и действующее российское законодательство, указы и послания Президента Российской Федерации; - отчеты о выполнении Программы Государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи; - материалы научных конференций, семинаров, «круглых столов», посвященных обсуждению глобальных социально-экономических проблем; - отечественные и зарубежные исследования проблем глобализации экономической и социальной сфер; - отчеты по системам здравоохранения стран мира за период 1999-2007 гг. - анкеты экспертов по развитию международного сотрудничества в стратегическом планировании политики здравоохранения. - статистические медико-демографические сборники за период с 1999 по 2006 годы; - статистические данные по туберкулезу 202 стран мира за 2002-2007 годы - статистические данные по туберкулезу в Российской Федерации за 2002-2007 годы - статистические по туберкулезу с МЛУ МБТ 202 стран мира за 2004-2006 годы - статистические данные по туберкулезу с МЛУ МБТ в Российской Федерации за 2002-2007 годы - данные по кадровому обеспечению противотуберкулезных учреждений 49 субъектов Российской Федерации 	<ul style="list-style-type: none"> - данные, содержащиеся в базах данных: Global Tuberculosis Databas (Глобальная база по туберкулезу), WHO Statistical Information System (WHOSIS) (Информационная система статистических данных ВОЗ) и centralized information system for infectious diseases (CISID) по 202 из 212 стран мира на 23 895 245 больных туберкулезом, в том числе на 50 097 больных туберкулезом с МЛУ МБТ, - базы данных по инфекционным заболеваниям, аккумулирующие статистику по инфекционным заболеваниям 52 стран Европейского региона. - данные, приведенные в Глобальном отчете «Борьба с туберкулезом в мире» за 2006-2008 годы; - данные Государственной системы мониторинга туберкулеза в Российской Федерации за 2002-2008 гг. на 586 789 больных туберкулезом, в том числе на 26 446 больных туберкулезом с МЛУ МБТ - выписки из унифицированной формы Т-2 «Личная карточка работника» (утверждена постановлением Госкомстата РФ от 5 января 2004г. № 1) на 3743 врачей фтизиатров, а также врачей-специалистов, имеющих сертификат фтизиатра
<p>Собственная база исследования, выполненная в программе Microsoft Excel</p>	

На первом этапе исследования был проведен анализ результатов доступных в литературе исследований по вопросам социальных аспектов глоба-

лизации. Полученные данные позволили сделать вывод, что исследователи по-разному представляют себе особенности этого процесса, тем не менее, сходясь в том, что он носит объективный характер, при этом выделяя преимущественно экономические причины глобализации.

Изучены имеющиеся немногочисленные публикации, посвященные вопросам глобализации в социальной сфере. Особое внимание на данном этапе было уделено материалам Международной организации труда, посвященным социальным последствиям глобализации, Всемирной Комиссии по социальным аспектам глобализации, Комиссия ООН по социальному развитию, учтены положения Всемирной встречи на высшем уровне по устойчивому развитию в Йоханнесбурге.

На втором этапе – при исследовании глобализации в здравоохранении уделено внимание отдельным секторам, в том числе медицинскому образованию, миграционным процессам, трудовым отношениям, включая кадровые вопросы, а также собственно вопросам реформирования здравоохранения.

Изучены публикуемые отчеты по состоянию систем здравоохранения стран мира с акцентом на процесс «поведения» национальных систем здравоохранения в условиях глобализации. Согласно полученным данным нами была описана ситуация с реформированием систем здравоохранения за рубежом.

При оценке реформ национальных систем здравоохранения как факторов укрепления конкурентоспособности в условиях глобализации использованы публикации ученых Центра исследования постиндустриального общества, Международного общественного фонда социально-экономических и политических исследований (Горбачев-Фонд), ИМЭМО.

На третьем этапе были проанализированы результаты и процесс реформирования системы здравоохранения в Российской Федерации в сопоставлении с результатами реформ в системах здравоохранения других стран. Использовались отчеты Независимого института социальной политики, а также материалы, размещенные в Интернете на Русском медицинском сервере. В диссертации использованы также материалы, отражающие современные подходы к социально-экономическому развитию с позиций конкурентоспособности, инновационного прорыва, раскрывающие особенности глобального развития медицины и здравоохранения.

На четвертом этапе исследования для обоснования предложенных выводов и гипотез нами была проанализирована проблема глобализации тубер-

кулеза. Для анализа эпидемической ситуации по туберкулезу в мире нами были использованы данные, содержащиеся в базах данных: Global Tuberculosis Database (Глобальная база по туберкулезу), WHO Statistical Information System (WHOSIS) (Информационная система статистических данных ВОЗ) и centralized information system for infectious diseases (CISID), базы данных по инфекционным заболеваниям, аккумулирующие статистику по инфекционным заболеваниям 52 стран Европейского региона. Дополнительно использовались данные, приведенные в Глобальном отчете «Борьба с туберкулезом в мире» за 2007 и 2008 годы. Были проанализированы эпидемиологические данные по туберкулезу по 202 из 212 стран мира, что составило охват 99,6 % мирового населения.

В данной работе впервые нами была дана объективная картина ситуации по частоте распространения МЛУ-туберкулеза в регионах мира в зависимости от доступности и качества лабораторного обследования и лечения. В процессе исследования были выделены основные мероприятия в области борьбы с МЛУ-туберкулезом и дана оценка их эффективности. Описаны четыре возможных варианта эпидемической ситуации по МЛУ-туберкулезу и сформированы возможные эпидемиологические модели.

На пятом этапе была проанализирована эволюция процесса развития международной стратегии борьбы с туберкулезом. Анализируя преемственность новой стратегии «Остановить туберкулез» принципам ДОТС мы смогли проследить динамику организационных мероприятий по борьбе с туберкулезом. С точки зрения глобализованных процессов, влияющих на мировую стратегию борьбы с туберкулезом, исследованы принципы формирования национальной программы борьбы с туберкулезом в России. На шестом этапе разработаны компоненты современной национальной стратегии борьбы с туберкулезом и подготовлены предложения в Комплексный план мероприятий по ограничению распространения туберкулеза в Российской Федерации до 2020 года.

Глава третья. «Реформы национальных систем здравоохранения в условиях глобализации».

Глава содержит анализ вызовов системам здравоохранения в условиях глобализации и оценку реформ, проводимых на примере развитых стран с позиций повышения конкурентоспособности социальных институтов.

Открытие национальных экономик в процессе глобализации порождает все большее и активное взаимодействие с внешней экономической средой. В настоящее время остро стоит вопрос не только о конкуренции в сфере непосредственно экономики, но и конкурентном решении социальных проблем. В этих условиях необходимо значительное повышение эффективности функционирования здравоохранения как важнейшего сегмента социальной сферы, которое в очень большой степени способствует современной тенденции интеграции национальных хозяйств.

К здравоохранению вполне применимы общие требования, касающиеся успешности и высоких темпов развития любой социальной сферы деятельности. При отсутствии стимулов для постоянных инноваций в здравоохранении (организационных и технологических) краткосрочная экономия издержек вскоре будет полностью «съедена» стремлением государства обеспечить более широкий доступ к медицинским услугам, растущими потребностями в медицинской помощи стареющего населения и нежеланием людей соглашаться на меньшее, чем медицинское обслуживание по высшему разряду.

Системы здравоохранения в разных странах имеют существенные отличия. Тем не менее, вызовы глобализации заставили их развиваться по одной парадигме – идти по пути сокращения расходов. Во всех странах важнейшим компонентом реформ стало внедрение рыночных отношений во взаимодействии между субъектами общественного здравоохранения. Однако речь не идет о рынке в прямом смысле, а скорее «квазирынке», иными словами регулируемом внутреннем рынке, где отсутствуют рынки труда и капитала, а финансовый контроль и регулирование в целом остается в руках государства. Роль государства состоит уже не в выполнении разнообразных услуг или производстве медицинских товаров, а в создании стимулов для модернизации сектора здравоохранения.

Вместе с тем, накопленный к настоящему времени опыт свидетельствует о недостаточности одного лишь сдерживания расходов на здравоохранение. Среди общих характерных моментов развития национальных систем здравоохранения, как правило, рассматриваются, следующие. Это, прежде всего, изменение правового статуса форм и содержания отношений между медицинскими работниками и пациентами, между производителями и потребителями медицинских услуг. Необычайно важной становится экономическая составляющая здравоохранения в целом, в том числе в производственных и межличностных отношениях субъектов сферы оказания медицинской

помощи, ведется поиск и формирование своеобразной системы многоканальности финансовых потоков для создания устойчивости финансирования медицинской помощи. Возникают формы и механизмы конкуренции между субъектами производства и предложения медицинских услуг. На первый план выходят формирование методов и форм эффективной защиты прав пациентов, повышение роли институтов стандартизации, лицензирования и аккредитации, а также действенной системы экспертизы качества медицинской помощи.

Более того, опыт реформирования систем здравоохранения в развитых странах показал, что не существует ни одной простой рыночной концепции, которую можно было бы принять для использования в системе здравоохранения. На практике рынок включает ряд различных конкретных механизмов, таких, как суверенитет потребителя (право пациента на выбор), договоры, заключаемые в результате переговоров, открытые торги. Эти механизмы могут действовать на рынках, организуемых согласно различным принципам. В свою очередь, рыночные механизмы могут быть использованы в различных секторах системы здравоохранения: в финансировании здравоохранения, в одной или нескольких подструктурах, занимающихся оказанием услуг и/или системе распределения средств между разными учреждениями здравоохранения. Для того чтобы повлиять на поведение врачей, медсестер, вспомогательного персонала можно использовать стимулы, основанные на принципах конкуренции. Следовательно, на практике необходимо принимать не одно, а целый ряд решений. Вместо твердой приверженности одной из двух теоретических моделей – государственной или рыночной системы здравоохранения – политики вынуждены решать целый ряд менее крупных, но конкретных вопросов.

Кроме того, опыт реформирования систем здравоохранения отчетливо напомнил, что использование рыночных отношений в здравоохранении само по себе влечет за собой определенные проблемы. Рыночные механизмы неизбежно приводят к созданию условий неравного доступа к услугам здравоохранения. Подвергается критике как несостоятельное с медицинской, экономической и социальной точек зрения наличие множества конкурирующих частных страховщиков, заменяющих структуру финансирования из единого или коллективного источника. Ставится под сомнение успешность использования рыночных механизмов вместо управления на районном уровне.

В условиях глобализации, когда происходит перестройка систем здравоохранения во многих странах, чрезвычайно важно оценивать эффективность системы по объективным критериям. Даже там, где интеграционные процессы идут наиболее интенсивно, между социальными системами существуют весьма значительные различия. Так в странах ЕС реформы систем здравоохранения обусловлены одними и теми же факторами: дефицитом бюджета стран, который в 90-х годах стал быстро увеличиваться, старением населения, удорожанием лекарств, в целом неэффективностью использования средств, но в разных странах тенденции преломляются по-разному. Это разнообразие помогает объяснить, почему стратегии реформирования, которые срабатывают в одной стране, нельзя использовать в других странах без существенной адаптации. С учетом различных политических условий общий набор используемых стратегий должен, по-видимому, определяться отдельно для каждой страны.

На нынешнем этапе развития сектора здравоохранения преждевременно говорить об общих стратегических установках, приемлемых даже на уровне Европейского региона. В ходе недавних дискуссий о, так называемом, «слиянии» систем здравоохранения развитых стран, чрезмерный акцент был сделан на конкретных технических механизмах (например, закупок и услуг по контрактам), а не на целях, для осуществления которых эти механизмы применяются в различных системах. Более глубокое рассмотрение этого вопроса свидетельствует о том, что между системами здравоохранения в регионе и между самими странами сохраняются значительные расхождения.

Глава четвертая. «Реформирование системы здравоохранения России как адаптация к глобальным процессам».

В главе обсуждаются подходы и результаты реформирования отечественного здравоохранения с учетом требований конкурентоспособности при интеграции в мировое социально-экономическое пространство.

Создание условий конкуренции в системе здравоохранения – задача, без решения которой невозможны качественные изменения в отечественном здравоохранении. Вместе с тем, надо отметить, что вопрос о функционировании российской системы здравоохранения в условиях конкурентной среды очень мало разработан, что в первую очередь связано с отсутствием предпосылок и реальных условий реализации медицинской деятельности в конкурентной среде. Кроме того, нельзя не учитывать, что для стран с переходной

экономикой существуют свои правила игры в глобальном пространстве. Они, как правило, следуют траектории догоняющего развития, которое предполагает следование стандартам, выработанным в передовых обществах, и установленным ими правилам игры. Однако для освоения таких стандартов нужны соответствующие социальные институты и хозяйственные механизмы. Вместе с тем, воспроизвести такие институты и механизмы непросто. Прямые заимствования из-за чуждой среды отторгаются. А их создание сопряжено с глубокими, по сути, радикальными преобразованиями экономики и общества, отвечающими духу и вызовам времени, но, в тоже время учитывающими исторические традиции, социо-культурную и социально-экономическую специфику каждой страны.

Реформирование российского здравоохранения привело к противоречивым результатам. Государственные гарантии предоставления бесплатной медицинской помощи оказались несбалансированными. Работа рыночных институтов в общественном финансировании здравоохранения не эффективна. Организации здравоохранения не заинтересованы в повышении эффективности использования своего ресурсного потенциала.

Сокращение государственного финансирования здравоохранения сказалось на сокращении бесплатных медицинских услуг, уменьшилась доступность бесплатной медицинской помощи населению. При этом не только общий уровень ресурсного обеспечения, но и структурные характеристики российского здравоохранения крайне неудовлетворительны. В преобразованиях в здравоохранении слишком большое значение отвели введению нового метода финансирования. Вероятно, это объясняется тем, что основной причиной недостатков в организации лечебно-профилактической помощи считали недостаток средств. В итоге качеству медицинского обслуживания, улучшению здоровья за счет профилактических мероприятий, эффективности и целесообразности использования средств уделили крайне мало внимания.

Сегодня можно отметить, что в ходе реформы так и не были решены следующие задачи: своевременное образование горизонтали во взаимодействии учреждений здравоохранения в результате ломки вертикали; создание конкурентной среды как для страховых организаций, так и для лечебно-профилактических учреждений независимо от форм собственности на основе внедрения рыночных механизмов регулирования и функционирования отрасли; повышение качества медицинской помощи на принципах стандартизации и оптимизации методов диагностики и лечения; обеспечение гарантий и прав

пациентов и медработников; определение величины ресурсов, позволяющих медицинским учреждениям обеспечить стандарты медицинской помощи сети, которую могут содержать органы здравоохранения; пресечение нецелевого расходования средств; преодоление затратного лекарственного обеспечения.

Отечественной системе здравоохранения необходимы значительные изменения, которые позволят решить давно назревшие проблемы:

- дальнейшая модернизация ОМС, опирающаяся, прежде всего на более четкое определение состава медицинской помощи, которую государство может бесплатно предоставить населению в рамках системы ОМС;

- повышение доступности медицинских услуг в аспекте получения гражданами альтернативного выбора условий получения медицинской помощи, что будет способствовать получению более высокого качества медицинских услуг для людей, которые готовы тратить на это свои собственные средства;

- изменение правового статуса медицинского учреждения, чтобы обеспечить последовательный переход к целевому бюджетному финансированию федеральных организаций здравоохранения и гарантировать им определенную самостоятельность в принятии хозяйственных решений;

- преобразование поликлиник в консультативно-диагностические центры и системы независимых и конкурирующих между собой врачебных практик, действующих на основе договорных отношений с финансирующей стороной, стационарами и другими медицинскими организациями;

- совершенствование политики органов государственной власти по горизонтали и по вертикали и обеспечение ее комплексности и последовательности; создание системы комплексного планирования здравоохранения, предполагающего эволюционный характер реструктуризации системы здравоохранения и апробация всех действий в пилотных территориях;

- создание центров медицинских инноваций на федеральном, межрегиональном и региональном уровнях;

- создание единой телемедицинской сети центров высокотехнологичной медицинской помощи, что может быть реализовано как составная часть общей задачи глобальной медицинской информатизации страны;

- использование опыта управления в системах здравоохранения развитых стран, функционирующих с достаточной степенью стабильности, а также реализация экспериментальных моделей управления на территории страны с

анализом соответствующих результатов; построение имитационных и оптимизационных моделей в управлении с использованием новых информационных технологий.

Тем не менее, очевидно, что такого рода меры имеют структурно-функциональный характер, дают определенное направление для маневра в конкретный период времени. В тоже время остается актуальным выработка долгосрочных перспектив развития системы здравоохранения, которые можно рассматривать как системные изменения ее модели, позволяющие интегрироваться в общемировую систему здравоохранения.

Для выполнения поставленных задач мы решили сосредоточиться на проблеме туберкулеза, как примере глобальной угрозы здравоохранению и попытаться выработать стратегию для ограничения его распространения в Российской Федерации. Впервые туберкулез был отнесен к глобальной проблеме здравоохранения еще в резолюции Всемирной Ассамблеи здравоохранения WHA36.30 (1983 год). В дальнейшем в резолюциях Всемирной Ассамблеи здравоохранения WHA44.8 и WHA46.36 было подчеркнуто, что туберкулез остается одной из наиболее серьезных причин смерти, несмотря на существование исключительно эффективных стратегий и наличие средств борьбы с этой болезнью.

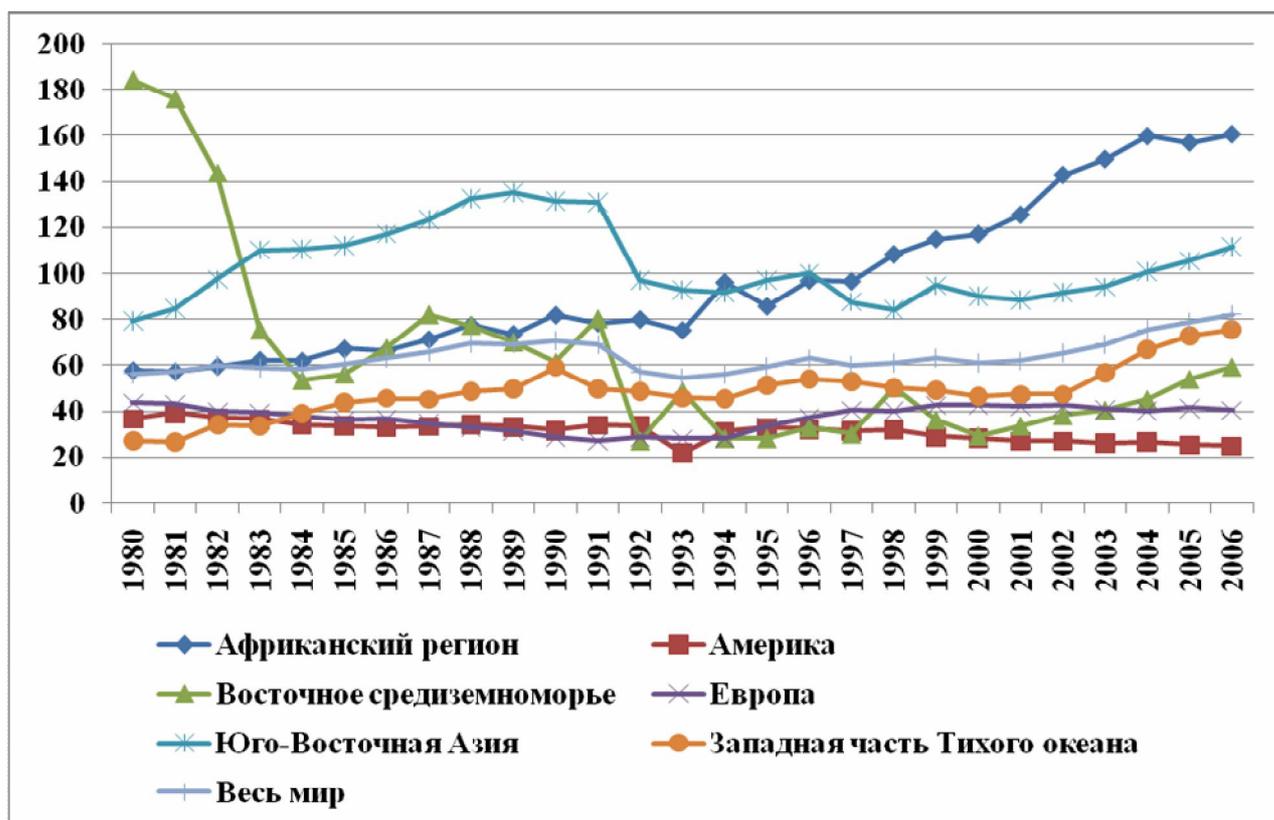
Глава пятая. «Глобальные проблемы здравоохранения на примере туберкулеза».

В главе рассматривается ситуация в мире в отношении распространения туберкулеза: тенденции, географические различия, влияние ВИЧ-инфекции на глобализацию туберкулеза. Обсуждается проблема множественной лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза как глобальной проблемы общественного здоровья.

Рассмотрев различные тенденции и закономерности развития туберкулезной инфекции в различных частях мира, мы доказали, что к туберкулезу следует относиться, как к глобальной проблеме. Наибольшее число случаев туберкулеза за год приходится на Юго-Восточную Азию, причем случаи эти составляют почти половину всех случаев, зарегистрированных в мире. Однако самые высокие показатели заболеваемости отмечаются в Африке, самые низкие – в развитых странах, при этом максимальные значения заболеваемости туберкулезом превышают минимальные в десять раз (рисунок 1).

Рисунок 1

Заболееваемость туберкулезом в регионах мира, 1980-2006 годы (на 100 тысяч населения) (по данным Global Tuberculosis Databas)



При этом международные сравнения заболеваемости туберкулезом проводить достаточно трудно, и эти трудности связаны с различиями в определении случая заболевания, критериев регистрации случаев и соблюдения этих критериев в каждой отдельной стране.

Наиболее заметные различия в частоте заболеваний наблюдаются при сравнении возрастных групп населения. Более того, повозрастная заболеваемость туберкулезом значительно варьирует с течением времени внутри каждой страны и между странами.

Возрастное распределение распространенности инфицирования среди взрослых нередко выше у мужчин, чем у женщин, но выраженность этих различий может варьировать в зависимости от ситуации. Риск прогрессирования туберкулезного процесса от момента инфицирования в стадию заболевания также различен у мужчин и женщин и варьирует в зависимости от возраста. Соотношение мужчины/женщины может также изменяться со временем – так как изменяется возрастная структура туберкулеза – и может быть различным в разных субпопуляциях в одной и той же стране.

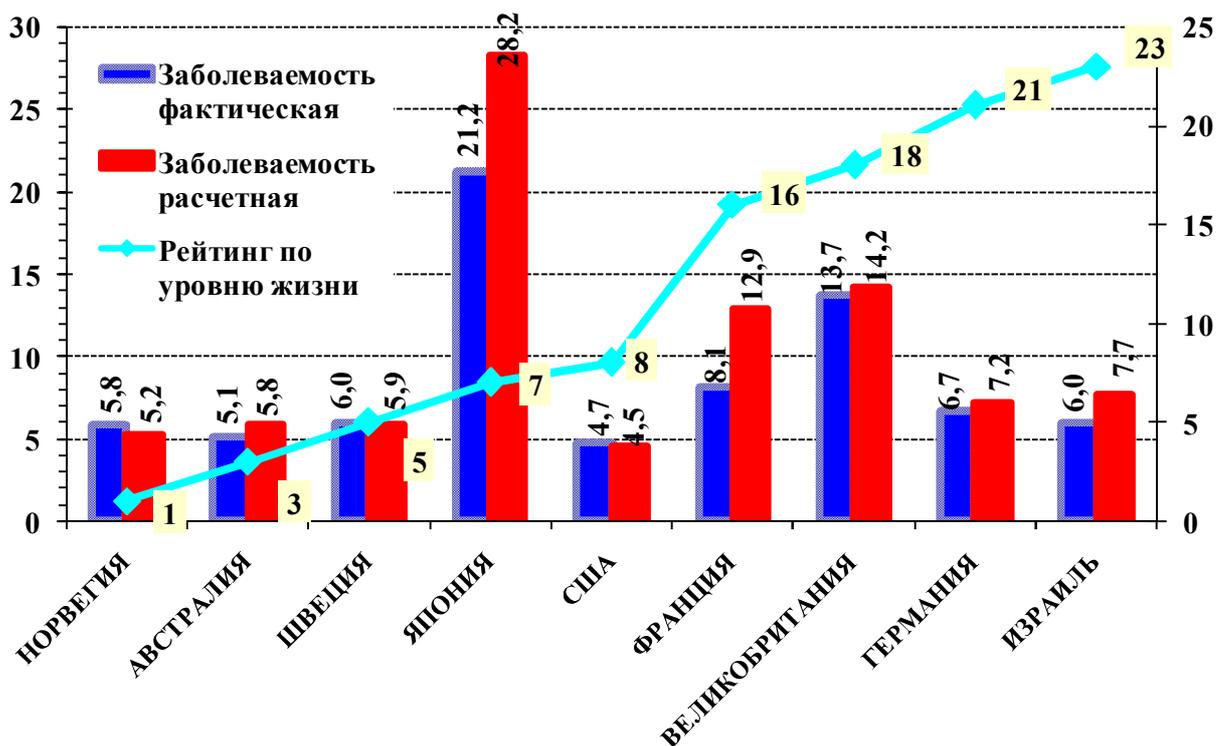
Существует четкая взаимосвязь между бедностью и заболеваемостью туберкулезом. Этот феномен, по крайней мере, отчасти может быть объяснен различиями в исходной распространенности туберкулезной инфекции. Очевидно, что низкие социально-экономические показатели жизни приводят к перенаселенности жилищ, т.е. к условиям, способствующим увеличению частоты передачи микобактерий туберкулеза в случае появления больного, что приводит в целом к повышению распространенности инфицирования с последующим увеличением частоты заболевания (рисунок 2).

Бедность может также уменьшать доступ к услугам учреждений здравоохранения, что способствует увеличению продолжительности периода контагиозности больных туберкулезом и дальнейшему росту риска инфицирования среди лиц, контактирующих с этими больными.

Также нами отмечены различия в риске развития туберкулеза среди представителей расовых/этнических меньшинств. Так проведенный нами анализ показателей регистрации случаев туберкулеза среди различных групп населения в странах Европы выявил большие различия при регистрации пациентов, родившихся в стране, и больными, родившимися за границей (включая иммигрантов и лиц, прибывших из других стран и получивших гражданство). Данный анализ продемонстрировал не равномерное распределение числа зарегистрированных случаев заболевания в зависимости от страны происхождения лица, заболевшего туберкулезом.

Рисунок 2

Заболеваемость туберкулезом фактическая и расчетная в 2005 году по данным ВОЗ (на 100 000 человек населения) по странам с разным рейтингом по уровню жизни (по данным Global Tuberculosis Databas, WHO Statistical Information System)



По мере того как заболеваемость туберкулезом в местной популяции уменьшается, абсолютная и относительная частота случаев туберкулеза среди иммигрантов возрастает. Эпидемиология туберкулеза у иностранцев и уроженцев страны нередко бывает различной. В то время как заболеваемость туберкулезом среди местного населения наиболее высока у лиц старшего возраста, пик частоты среди выходцев из других стран наблюдается в молодых возрастных группах, что отражает ситуацию в их родных странах.

Эпидемия ВИЧ-инфекции осложняет борьбу с туберкулезом. Тем не менее, эффективная противотуберкулезная программа позволяет сохранить контроль над основными показателями туберкулеза (бремя для общества, смертность, распространенность и, возможно, показатель инфицированности) даже в условиях эпидемии ВИЧ-инфекции. Однако это требует больших усилий и минимального количества ошибок.

ВИЧ-инфекция значительно увеличивает вероятность реактивации латентной туберкулезной инфекции, уже имевшейся у пациента. Кроме того, течение туберкулеза у таких больных отличается быстрым прогрессированием и склонностью к обширной диссеминации. Поэтому заболеваемость туберкулезом будет неизбежно нарастать в большинстве регионов мира, где инфицированность взрослого населения ВИЧ достигла 5 % или более.

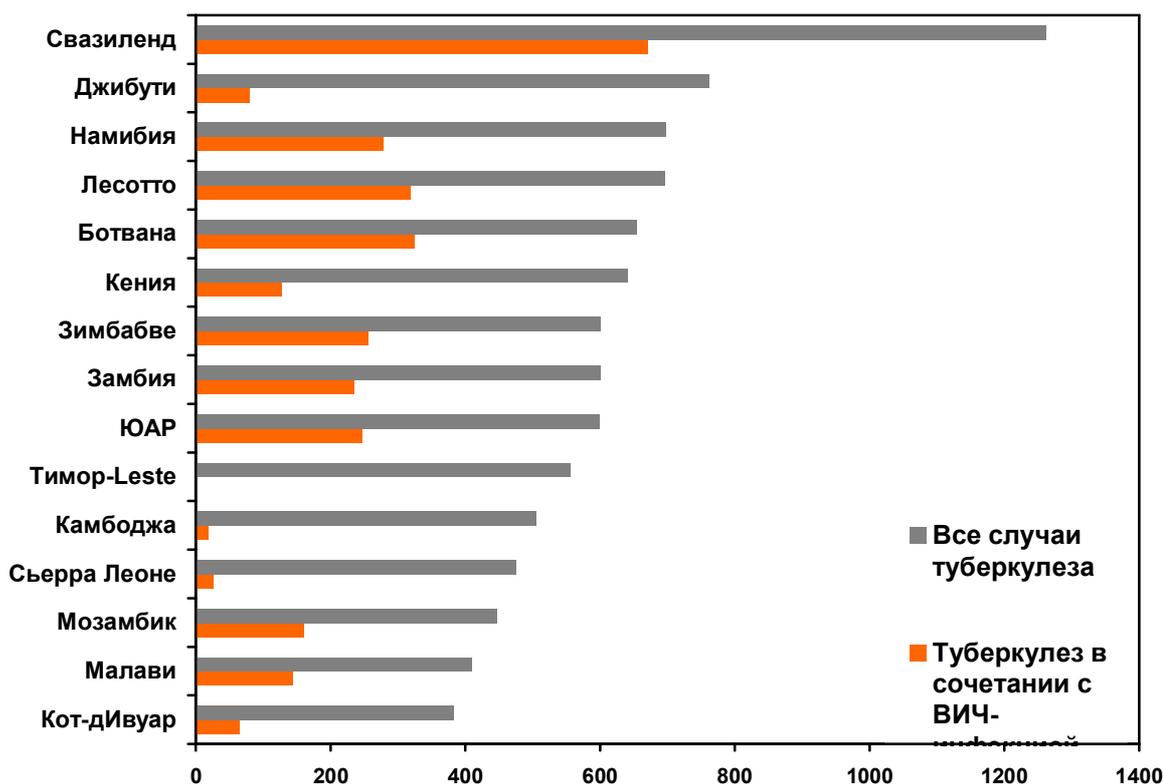
Эффективная программа борьбы с туберкулезом в состоянии затормозить подобное нарастание, а также предупредить все более частое возникно-

вление туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью. Нарастание заболеваемости обусловлено не только прогрессированием туберкулезной инфекции, приобретенной много лет тому назад. Не менее важное значение имеет и то обстоятельство, что каждый такой больной становится источником распространения туберкулеза среди окружающих его контактов, которые также отличаются пониженным иммунитетом. Эпидемии туберкулеза могут приобретать взрывной характер в тех районах мира, где ВИЧ-инфекция стала эндемичной. Нарастание заболеваемости туберкулезом будет гораздо более ограниченным в странах с эффективно действующей противотуберкулезной службой.

За последние 10–15 лет количество больных туберкулезом возросло на 300–400 % в странах Африки, в которых значительное распространение получила ВИЧ-инфекция (рисунок 3).

Рисунок 3

Влияние ВИЧ-инфекции на заболеваемость туберкулезом в Африканских странах (2006 год)



Это обусловлено в основном высоким риском реактивации латентной туберкулезной инфекции у лиц, одновременно инфицированных ВИЧ. Однако большое влияние на значение данного показателя оказали и программы направленные на проведение тестирования больных туберкулезом на ВИЧ-

инфекцию. Как показали данные за 2004-2006 годы, тестирование больных туберкулезом увеличилось в несколько раз, что повлекло за собой увеличение числа больных с сочетанной патологией ВИЧ/туберкулез. За 2004–2006 годы заболеваемость туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией, выросла с 0,53 на 100 тысяч населения до 28,8 на 100 тысяч населения при увеличении охвата тестированием на ВИЧ-инфекцию больных туберкулезом в 5,5 раз. Но влияние эпидемии ВИЧ-инфекции проявилось и в частоте встречаемости инфекции в популяции больных туберкулезом в районах с высокой распространенностью ВИЧ-инфекции.

Увеличение количества больных означает безмерное повышение нагрузки на противотуберкулезную службу. Необходимо увеличение численности персонала, особенно специалистов здравоохранения, работающих в рамках программы борьбы с туберкулезом, и лабораторных работников. Возникает повышенная необходимость в лабораторном оборудовании, в противотуберкулезных препаратах, в контейнерах для сбора мокроты. Возрастает потребность в больничных койках для госпитализации больных на начальном этапе лечения.

С точки зрения общественного здравоохранения особую тревогу вызывает усиление передачи микобактерий, поскольку это приведет к увеличению пула инфицированных, в котором в будущем разовьются случаи заболевания. Скорее всего во всем мире ВИЧ-инфекция окажет влияние на эпидемиологическую обстановку по туберкулезу у детей. Хотя дети не являются эпидемиологически значимым источником трансмиссии в обществе, они – лакмусовая бумажка течения туберкулезной эпидемии.

Глава шестая. «Проблема распространения в мире микобактерий туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью».

МЛУ-ТБ достигла критического уровня в ряде регионов мира. Новые обстоятельства стимулировали понимание того, что настало время обратить на данную проблему более активное внимание, чем ранее. Возникновение устойчивости к препаратам, используемым при лечении туберкулеза, и особенно появление множественной лекарственной устойчивости во многих странах, действительно стало серьезной проблемой общественного здравоохранения, препятствующей эффективной борьбе с этим заболеванием в мире.

При этом наш анализ показал, что в ряде стран мира остается неизвестной степень лекарственной устойчивости. Из 212 стран мира не имеют лабораторий для проведения культуральных исследований 68 стран мира, 80 стран мира не проводят тесты на лекарственную чувствительность микобактерий туберкулеза, за 2006 и 2007 годы 104 страны не поставили ни одного теста на лекарственную чувствительность у, впервые выявленных, больных, в связи с чем, лечение больных с МЛУ-ТБ нередко оказывается не адекватным. В странах с идентифицированным уровнем лекарственной устойчивости необходимо в рамках программ борьбы с ТБ проводить специальные мероприятия, направленные на правильное ведение таких больных. При реформировании системы здравоохранения, повышения качества лабораторной диагностики и полноты обследования на лекарственную чувствительность микобактерий туберкулеза абсолютное число больных ТБ с МЛУ будет увеличиваться. Доля же больных с МЛУ, среди обследованных, тоже будет меняться в сторону увеличения.

При анализе эпидемической ситуации с МЛУ в различных странах мира мы можем выделить следующие варианты развития:

1. Рост абсолютного числа больных с МЛУ на фоне роста доли больных ТБ с МЛУ среди обследованных. Данный вариант свидетельствует на первых этапах о росте качества лабораторной диагностики туберкулеза, активизация работы противотуберкулезной службы по обследованию больных и повышение качества работы и результативности лабораторий. Однако после достижения максимальных значений показателя охвата обследованиями на лекарственную чувствительность, та же сохраняющаяся тенденция роста показателей будет уже свидетельствовать о дефектах в организации оказания помощи больным туберкулезом, т.е. серьезных недостатках в контролируемом лечении и ведении больных туберкулезом, что приводят к росту не контролируемых больных с МЛУ и заражению такими штаммами здорового населения.

Такой вариант характерен для стран Африканского региона и стран Малой Азии. Эти страны ранее не имели возможности проводить лабораторные тесты на лекарственную чувствительность микобактерий туберкулеза, не имели лабораторной сети и соответствующих ресурсов. После начала проектов Всемирной организации здравоохранения и других международных организаций, больные туберкулезом все чаще стали обследоваться на лекарственную чувствительность, а, следовательно, и абсолютное число больных с

МЛУ и доля таких больных, из числа обследованных начала увеличиваться. Так как на тестирование направляются в основном только лица с не эффективным курсом химиотерапии, то и доля больных МЛУ среди обследованных по ряду стран достигает 100,0 %.

2. Рост абсолютного числа больных с МЛУ на фоне отсутствия (плато или небольшие колебания показателя) роста доли больных ТБ с МЛУ среди обследованных. Обычно – это свидетельствует об увеличении охвата больных ТБ с бактериовыделением, определенным методом посева, тестами на лекарственную чувствительность. В дальнейшем – о дефектах в лечении и ведении больных туберкулезом (см. вариант 1). Отличие от первого варианта заключается в том, что этот вариант менее тяжел для здравоохранения и дает возможность для быстрого влияния на ситуацию адекватных управленческих решений. Он характерен для стран с уже сложившейся противотуберкулезной службой (страны бывшего Советского Союза, например Литва).

3. Снижение абсолютного числа больных с МЛУ на фоне роста доли больных ТБ с МЛУ среди обследованных больных ТБ, получавших лечение, и снижение или стабилизация – среди впервые выявленных больных. Показатель свидетельствует об ограниченной эффективности национальной программы борьбы с туберкулезом, т.к. происходит полное излечение лекарственно чувствительных форм туберкулеза с сохранением в контингентах больных с МЛУ. Наличие таких больных поддерживает процесс заражения лекарственно-устойчивыми штаммами МБТ в популяции. Для успеха противотуберкулезных мероприятий в данной группе необходимы комплексные усилия с привлечением препаратов второго ряда, патогенетических и хирургических методов лечения. Для подтверждения эффективности противотуберкулезных мероприятий в данной стране или регионе, по сравнению с остальными странами или регионами, необходимо пересчитать показатель на 100 тысяч населения. Полученные таким образом данные при одинаковом уровне охвата тестированием на лекарственную чувствительность МБТ помогут в оценке эффективности программ.

Данный вариант наблюдается в ряде регионов Российской Федерации, таких как Томская и Архангельская области, где на фоне успешного лечения лекарственно-чувствительного туберкулеза на учете остаются в основном больные с МЛУ, а заболевают туберкулезом в основном больные из контакта с бактериовыделителями, в том числе выделяющими лекарственно-устойчивые штаммы МБТ.

4. Снижение абсолютного числа больных с МЛУ или стабилизация их числа на низком уровне на фоне снижения или стабилизации на низком уровне доли больных ТБ с МЛУ среди обследованных больных ТБ, получавших лечение, и впервые выявленных больных. Показатель свидетельствует об эффективности национальной программы борьбы с туберкулезом.

Четвертый вариант наблюдается в развитых странах мира, хотя в последнее время отмечена тенденция роста как абсолютного числа больных с МЛУ, так и доли больных ТБ с МЛУ, среди обследованных на лекарственную чувствительность в странах Европы. Это частично связано с усилением миграционных процессов, в частности из бывших стран Советского Союза.

Таким образом, возникает необходимость в осуществлении новых подходов к стратегии борьбы с ТБ, в частности в целях предупреждения возникновения и распространения лекарственной устойчивости, прежде всего МЛУ-ТБ. Выявление и лечение всех форм ТБ, в том числе и лекарственно-устойчивых, должно быть составной частью национальных программ борьбы с ТБ. Еще недавно многие специалисты в здравоохранении считали, что имеющиеся скудные ресурсы следует использовать для лечения вновь выявленных больных с лекарственно-чувствительными формами ТБ, поскольку затраты на их выявление и лечение в 10 и даже 100 раз ниже, чем у больных с МЛУ-ТБ.

Однако в настоящее время стало вполне достижимым и экономически эффективным лечение всех форм ТБ, даже в странах со средним и низким уровнем дохода. Больные, оставшиеся без лечения или леченные не адекватно, становятся постоянным источником распространения лекарственно-устойчивых штаммов, что впоследствии приводит к дополнительным расходам и повышению летальности от туберкулеза.

Глава седьмая. «Формирование и развитие стратегии борьбы с туберкулезом в процессе глобализации».

В главе представлена эволюция международной стратегии борьбы с туберкулезом; результаты формирования национальной программы борьбы с туберкулезом на основе международных принципов; а также стратегические последствия перемещений кадров здравоохранения на примере врачей – фтизиатров

В 1991 г. на основании резолюции Ассамблеей ВОЗ WHA44.8 были поставлены две задачи в области глобальной борьбы с туберкулезом на 2000 г.:

70 % выявления случаев заболевания и излечение 85 %, проходящих лечение мокротопозитивных больных, страдающих туберкулезом легких. Выбор этих уровней эффективности работы отражал необходимость достижения существенного эпидемиологического воздействия посредством решения задач, которые, как показывали практические испытания, были вполне осуществимы в странах с высоким коэффициентом заболеваемости туберкулезом. Для решения этих задач в 1995 году была принята стратегия, получившая название ДОТС. ДОТС (DOTS [Directly Observed Therapy, Short Course]) – краткосрочный курс лечения под медицинским контролем – это рекомендованная на международном уровне стратегия по борьбе против туберкулеза.

Изначально стратегия была ориентирована на страны с низким объемом финансирования на здравоохранение и включала два главных принципа: выявления туберкулеза, в основном по обращению, с обязательным проведением микроскопии мазка мокроты и лечения больных под контролем на стационарном и амбулаторном этапах по стандартизированным схемам. Несмотря на значительный прогресс в расширении масштабов стратегии, к концу 1990-х годов стало ясно, что задачи, поставленные на 2000 г., решены не будут. В этой связи сроки решения поставленных задач были перенесены на 2005 год.

Способы преодоления этих трудностей были положены в основу разработки стратегии «Остановить туберкулез», которая направлена на достижение к 2015 г. согласованной на международном уровне цели в области борьбы с туберкулезом, предусмотренной в Декларации тысячелетия Организации Объединенных Наций. Эта стратегия была разработана по итогам процесса широких консультаций, одобрена Партнерством «Остановить туберкулез» и введена в действие 17 марта 2006 года. Содержащиеся в ней шесть элементов соответствуют основным проблемам, перечисленным выше.

Осуществление стратегии предполагает необходимость существенного расширения масштабов и сферы применения мероприятий по борьбе с туберкулезом на фоне глобального прогресса, достигнутого в деле достижения целевых показателей.

При сравнении компонентов стратегии и подходов к ее реализации мы отметили, что новая стратегия наряду с традиционными, но адаптированными компонентами стратегии ДОТС, содержит также 5 новых компонентов.

В результате анализа стратегии мы можем выделить следующие взаимосвязанные мероприятия:

– достижение полного охвата стратегией ДОТС, предоставление широко доступного, бесплатного лечения. Страны должны стремиться к обязательному и бесплатному проведению комплекса диагностических процедур для выявления туберкулеза, а также профилактическому лечению детей изониазидом;

– повышение качества стратегии борьбы с туберкулезом за счет улучшения ситуации с наличием человеческих ресурсов и их компетентностью для выполнения задач стратегии, укрепления потенциала лабораторий, выполняющих весь спектр бактериологических исследований, ведения работы с лекарственными препаратами, курирования, учета и отчетности. Т.е. достижение уверенности в том, что во всех странах осуществляется качественная диагностика и лечение;

– первостепенное внимание потребностям малоимущих и социально незащищенных лиц. Это означает реализацию мероприятий, нацеленных на обеспечение ранней диагностики и эффективного лечения для всех категорий больных;

– внедрение или расширение подхода с привлечением к стратегии общественного здравоохранения и частных практикующих врачей. Данный подход может предполагать привлечение медицинских учебных клиник, больниц общей лечебной сети, медицинских учреждений первичного звена здравоохранения, не правительственных организаций и т.д.;

– внедрение и расширение общественных инициатив, что позволит обществу внести свой вклад в борьбу с туберкулезом, например при организации привлечения к обследованию и лечению. При этом возможно слияние данных обществ с обществами больных ВИЧ-инфекцией для доступа к антиретровирусному лечению больных туберкулезом;

– внедрение или расширение практического подхода к здоровью легких. Это подход к лечению пациентов с симптомами заболеваний органов дыхания в учреждениях первичной медико-санитарной помощи, нацеленный на улучшение качества диагностики туберкулеза и лечения других хронических респираторных заболеваний;

– внедрение или увеличение количества и технических возможностей учреждений, осуществляющих культуральные исследования микобактерий и тесты на лекарственную чувствительность и/или введение новых средств диагностики;

– улучшение наличия, доступности и улучшение качества противотуберкулезных препаратов;

– информационно-пропагандистская работа, коммуникация и социальная мобилизация в странах с высоким уровнем туберкулеза.

Данная стратегия легла в основу глобального плана Партнерства «Остановить туберкулез» на 2006–2015 гг., который был введен в действие на Всемирном экономическом форуме (Давос, Швейцария, 25-29 января 2006 г.). Этот план был разработан по итогам процесса масштабных консультаций с многочисленными партнерами, включая государственные органы, академические учреждения, гражданское общество, не правительственные организации и технических экспертов.

С этой же целью 22 октября 2007 г. в Берлине свыше 300 участников Европейского министерского форума ВОЗ «Все против туберкулеза» приняли Берлинскую декларацию по туберкулезу, в которой эта болезнь характеризуется как серьезная и возрастающая опасность для здоровья населения Европейского региона ВОЗ. В Декларации обозначен ряд подходов к ускорению деятельности в направлении достижения задачи 8, сформулированной в Цели 6 Декларации тысячелетия (ЦРТ-6), а именно к 2015 г. остановить распространение туберкулеза и положить начало тенденции к сокращению заболеваемости.

Было еще раз подчеркнуто, что успешная борьба с туберкулезом невозможна без таких двух составляющих, как прогресс в медицине и поддержка со стороны политики общественного здравоохранения. Ни одна из этих составляющих не может существовать в отрыве от другой.

Следующим этапом распространения стратегии «Остановить туберкулез» для Российской Федерации должна стать разработка стратегического плана и выработка адаптированной стратегии национальной программы борьбы с туберкулезом.

Российская Федерация отличается от других стран мира накопленными и сохраняемыми традициями противотуберкулезной работы. Поэтому не все принципы и компоненты стратегии ДOTS и новой стратегии «Остановить туберкулез» применимы для России. Прежде всего, следует напомнить, что предлагаемая ВОЗ стратегия не является новой в борьбе с туберкулезом. Решая проблему ограничения распространения туберкулеза в новых эпидемиологических условиях, специалисты ВОЗ использовали богатый опыт советской фтизиатрии в прошлом.

Разработка национальной стратегии борьбы с туберкулезом базируется на выявленных проблемах и приоритетах в организации противотуберкулезной помощи. Доказательством высокой политической приверженности Российской Федерации к вопросам туберкулеза стал тот факт, что 34 % всего финансирования новой Федеральной Целевой Программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007–2011 годы)» направлено именно на противотуберкулезные мероприятия.

В концепции, ныне действующей, федеральной целевой программы, утвержденной распоряжением Правительства Российской Федерации от 11 декабря 2006 г. № 1706-р, прописана необходимость комплексного решения проблем туберкулеза.

Развитие реализации концепции программы является выработка единой стратегии противотуберкулезных мероприятий в Российской Федерации становится необходимой. Генеральной целью стратегии остается ограничение распространения туберкулеза на территории Российской Федерации.

Задачами стратегии определены:

- Обеспечение доступной и качественной медицинской помощи больным туберкулезом.
- Сокращение социального и экономического бремени, вызываемого туберкулезом.
- Снижение влияния на эпидемическую ситуацию по туберкулезу таких факторов, как ВИЧ-инфекция, лекарственная устойчивость микобактерий туберкулеза.
- Создание условий для развития современных технологий профилактики, диагностики и лечения туберкулеза, а также организации противотуберкулезной помощи населению Российской Федерации.

В соответствии с задачами стратегии сформулированы ее компоненты, на каждый из которых были определены следующие виды деятельности:

1. Совершенствование системы организации лечебно-профилактических мероприятий с учетом потребности населения в оказании противотуберкулезной помощи, в том числе в отдельных социальных, профессиональных и возрастных группах:

- улучшение системы организации оказания помощи больным туберкулезом, адаптация нормативной базы;
- реализация комплексного подхода к выявлению туберкулеза;
- эффективная система лекарственного снабжения и менеджмента.

2. Совершенствование технологий диагностики и лечения туберкулеза:
 - разработка и внедрение современных технологий диагностики туберкулеза, включая тестирование на лекарственную чувствительность;
 - адаптация современных протоколов лечения больных туберкулезом, включая мероприятия по лечению больных туберкулезом с МЛУ и ШЛУ, а также больных с сочетанием ВИЧ-инфекции и туберкулеза;
 - развитие системы привлечения и удержания на лечении, включая социальную поддержку и сопровождение;
 - разработка новых технологий лечения туберкулеза.
3. Проведение научных исследований и использование их результатов в изучении потребностей населения в противотуберкулезной медицинской помощи и профилактики с учетом факторов риска, оказывающих негативное влияние на здоровье населения:
 - научные исследования, направленные на совершенствование противотуберкулезной работы (эпидемиологические, организационные и социологические исследования);
 - научные исследования, направленные на разработку новых диагностических средств, лекарственных препаратов и вакцин.
4. Разработка и реализация комплекса профилактических, лечебных и реабилитационных мероприятий, включая мероприятия в группах риска:
 - профилактическая работа среди населения с акцентом на детей и группы повышенного риска;
 - развитие системы медицинской и социальной реабилитации пациентов, перенесших туберкулез.
5. Повышение уровня санитарного образования населения в вопросах профилактики туберкулеза и формирование устойчивой мотивации к здоровому образу жизни:
 - гигиеническое обучение и воспитание населения методам профилактики туберкулеза;
 - снижение уровня стигматизации обществом больных туберкулезом;
 - повышение роли населения в решении задач борьбы с туберкулезом.
6. Реализация кадровой политики, направленной на привлечение, удержание и повышение квалификации кадров:
 - мероприятия по улучшению кадрового потенциала противотуберкулезной службы, включая финансовое стимулирование;

- совершенствование методик обучения медицинского и не медицинского персонала противотуберкулезной службы.

7. Совершенствование системы мониторинга туберкулеза и эпидемиологического прогнозирования:

- развитие национальной системы мониторинга туберкулеза с активным использованием информационных компьютерных технологий;
- совершенствование системы сбора, верификации и обработки данных;
- научно-организационная работа на основе возможностей системы мониторинга туберкулеза.

Целевыми показателями данной стратегии с учетом Целей тысячелетия, провозглашенными ВОЗ, являются:

1. Повышение доли своевременно выявленных больных туберкулезом (без распада тканей и без массивного бактериовыделения).

2. Повышение эффективности лечения больных туберкулезом до 80 % по критерию прекращения бактериовыделения и до 75 % по критерию закрытия полостей распада.

3. Снижение показателей распространенности до 155 на 100 тысяч населения и смертности от туберкулеза до 15 на 100 тысяч населения.

На основании вышеописанной стратегии с позиций снижения предотвратимых потерь были разработаны предложения в комплексный план противотуберкулезных мероприятий на территории Российской Федерации на 2009-2020 годы, с учетом реализующихся мероприятий Федеральной Целевой Программы.

Глава восьмая. «Стратегические последствия перемещений кадров здравоохранения на примере врачей – фтизиатров. Политика и практика в области кадровых ресурсов».

Повышение эффективности стратегии борьбы с туберкулезом в значительной степени связано с улучшением ситуации с кадровыми ресурсами в службе и их компетентностью.

Обеспечение качества медицинской помощи определяется множеством факторов, среди которых важнейшими являются уровень базового образования, уровень оплаты труда и реальная возможность использования современной техники и оборудования, новых и новейших высоких технологий, информационных базовых данных по соответствующим профессиональным направлениям. Вместе с тем, к 2006 г. 14,2 % врачей фтизиатров не имели сертификата специалиста, каждый третий врач – не аттестован. Таким образом

врачебным персоналом в практической работе оказания лечебно-профилактической помощи больным туберкулезом используются устаревшие руководства и рекомендации, тогда как новые сведения по фтизиатрии изменились кардинально.

При анализе динамики и тенденции численности медицинских кадров установлено, что начиная с 2006 года происходит перемещение фтизиатрических кадров в другие области трудовой деятельности (в общую терапию, пульмонологию), что обусловлено ухудшением социальной защищенности фтизиатров, с недостаточным уровнем заработной платы, с несовершенством системы оплаты труда, что особенно проявилось в связи с введением доплат в первичном секторе здравоохранения при реализации национального приоритетного проекта «Здоровье».

Динамика миграции кадров здравоохранения – это комплексный процесс, включающий в себя индивидуальные права и выбор, мотивации и определенную позицию работников здравоохранения, различные подходы правительств субъектов Российской Федерации к управлению, стимулированию или попыткам ограничить отток/приток кадров.

Миграция медицинских кадров может иметь и положительные стороны: решать проблемы дефицита кадров в ряде областей, например, улучшение ситуации с обеспеченностью медицинским персоналом в амбулаторно-поликлинических учреждениях; для отдельных работников может стать средством усовершенствования их навыков, расширения возможностей профессионального роста, повышения жизненного уровня. С другой стороны, миграция создает дополнительный кадровый дефицит в тех областях, где обеспеченность специалистами низкая. Фтизиатрия является ярким примером дисбаланса между возрастающей нагрузкой на службу и нарастающим дефицитом высокопрофессиональных медицинских кадров, что не может не отражаться на эффективности работы всей противотуберкулезной службы.

Моделируя возможные последствия миграции врачей из фтизиатрической службы, мы разделили возможные результаты на два типа: положительные и отрицательные, и рассмотрели их с позиций врача и эффективности работы службы.

Положительными моментами для врачей при миграционных процессах являются:

- возможность профессионального и карьерного роста;

– возможность совмещения и, как следствие, увеличение размеров заработной платы;

– востребованность, что защищает специалиста от сокращения.

Отрицательными моментами оттока кадров являются:

– ограничение возможности обучения вне рабочего места прежде всего с ограничением возможности кадровых замен на период отсутствия медицинского персонала;

– ухудшение условий труда с ростом нагрузки на врача и медицинскую сестру;

– возрастающая занятость и возрастающие требования со стороны администрации на дополнительное время работы;

– низкое качество работы.

Создается ситуация, при которой формируется замкнутый круг: невозможность качественной работы из-за возрастания нагрузки и невозможности повышения своего уровня знаний.

Длительный дефицит кадров приводит к неуправляемости системы оказания помощи больным туберкулезом, снижению уровня ответственности и ухудшению показателей работы (снижению внимания к деятельности общей лечебной сети по выявлению больных туберкулезом, снижению эффективности лечения, росту рецидивов, росту туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью МБТ, росту заболеваемости контактов и т.д.). Более того, снижение показателей работы службы приведет к росту числа впервые выявленных больных, больных с хроническими формами туберкулеза, лиц, нуждающихся в динамическом наблюдении, что еще более усугубит работу противотуберкулезных учреждений.

Проанализировав все вышеизложенное, на основе полученных результатов анализа кадрового обеспечения противотуберкулезной службы предложен перечень необходимых действий для преодоления кадрового кризиса, как обязательного компонента комплексного плана противотуберкулезных мероприятий на территории Российской Федерации на 2009–2020 годы.

Выводы

1. Глобализация – качественно новая ступень развития процесса интеграции различных аспектов общественной жизни, приводящая к тому, что мировое сообщество постепенно превращается в целостный общественный организм. Экономические процессы составляют основу глобализации всех

общественных процессов, влияя на социальную политику тройким образом: порождая более жесткую конкуренцию между государствами; поднимая вопросы социальной сферы и социальной политики на наднациональный уровень; формулируя принципы и стандарты, определяющие контуры национальных социальных политик.

2. Требования повышения конкурентоспособности социальных институтов, в том числе здравоохранения в условиях глобализации вызывают противоречивые требования, с одной стороны – обеспечение справедливого доступа к системам здравоохранения при высоком качестве медицинских услуг, как фактор инвестиций в человеческий капитал, с другой – сокращение расходов. Выбор социальной или экономической составляющей конкурентоспособности, в значительной мере определяющийся моделью здравоохранения и национальными традициями, определил различные направления и сущность реформ в странах, даже там, где интеграционные процессы идут наиболее интенсивно.

3. Проблемы интеграции российского здравоохранения в глобальные процессы, в первую очередь, связаны с отсутствием реальных условий реализации медицинской деятельности в конкурентной среде. Кроме того, для стран с переходной экономикой существуют особые условия вхождения в глобальное сообщество, означающие следование стандартам и правилам, выработанным в передовых обществах. Вместе с тем, прямые заимствования не приемлемы, а выработка собственных институтов и механизмов сопряжена с радикальными преобразованиями экономики и общества, отвечающими вызовам времени, но в тоже время учитывающими исторические традиции, социо-культурную и социально-экономическую специфику каждой страны.

4. Для адаптации к современным глобальным условиям ключевыми элементами политики в сфере здравоохранения России становятся: возрастание роли профилактических мероприятий по сравнению с лечебными, в том числе пропаганды здорового образа жизни; принятие современных методик лечения и эффективного управления учреждений здравоохранения; внедрение устойчивых, в финансовом отношении, систем медицинского страхования; создание общих условий и выработка политики по развитию конкурентоспособной фармацевтической промышленности; совершенствование административного управления и финансирования учреждений здравоохранения на всех уровнях власти.

5. Уточнены основные предикторы, определяющие туберкулез в качестве глобальной проблемы здравоохранения, к которым относятся, помимо факторов, определяющих рост и распространение туберкулеза в мире (неравномерность социально-экономического развития регионов мира и миграционные процессы, порожденные этой неравномерностью), факторы, формирующие условия успешной борьбы с инфекцией (развитие наднациональных структур, разработка международных стратегий, экспорт медицинских и организационных технологий).

6. На глобальную эпидемиологическую ситуацию по туберкулезу оказала свое влияние эпидемия ВИЧ-инфекции. За 2004-2006 годы заболеваемость туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией, выросла с 0,53 на 100 тысяч населения до 28,8 на 100 тысяч населения, при увеличении охвата тестированием на ВИЧ-инфекцию больных туберкулезом в 5,5 раз. Эпидемии туберкулеза могут приобретать взрывной характер в тех районах мира, где ВИЧ-инфекция стала эндемичной. Однако нарастание заболеваемости туберкулезом будет гораздо более ограниченным в странах с эффективно действующей противотуберкулезной службой, хотя это и требует значительно больших усилий, экономических и кадровых затрат.

7. Во многих странах мира до настоящего времени остается неизвестной степень лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза. Из 212 стран мира не имеют лабораторий для проведения культуральных исследований 68 стран мира, 80 стран мира не проводят тесты на лекарственную чувствительность микобактерий туберкулеза, за 2006 и 2007 годы 104 страны не поставили ни одного теста на лекарственную чувствительность у впервые выявленных больных, в связи с чем, лечение больных оказывается не адекватным. При реформировании системы здравоохранения, повышения качества лабораторной диагностики и полноты обследования на лекарственную чувствительность микобактерий туберкулеза абсолютное число больных ТБ с МЛУ будет увеличиваться. Доля же больных с МЛУ, среди обследованных, тоже будет меняться в сторону увеличения. Если на конец 2008 года в Российской Федерации было зарегистрировано 26448 больных туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя, что составило 18,6 на 100 тысяч населения, то при сохранении нынешних тенденций прироста числа данной категории больных (8,0% в год) к концу 2012 года в Российской Федерации будет зарегистрировано более 35,5 тысяч больных туберкулезом с МЛУ МБТ.

8. В настоящий момент во многих странах мира отмечается ограниченная эффективность национальных программ борьбы с туберкулезом, когда при излечении лекарственно чувствительных форм туберкулеза происходит процесс накопления в контингентах больных, выделяющих лекарственно-устойчивые штаммы микобактерий туберкулеза. Наличие таких больных поддерживает процесс заражения лекарственно-устойчивыми штаммами МБТ в популяции.

9. Наростание эпидемической напряженности по туберкулезу в мировом масштабе в девяностые годы XX столетия продиктовало необходимость выработки глобальной стратегии борьбы с туберкулезом. Разработанные единые международные принципы противотуберкулезных мероприятий для всех стран нашли отражение в принятых ВОЗ документах и проектах: ДОТС-стратегии и стратегии «Остановить туберкулез», «Берлинской декларации по туберкулезу», «Декларации Пекинского форума по борьбе с туберкулезом с МЛУ», резолюциях ВАЗ и европейского региона. Поддерживая основополагающие международные принципы организации противотуберкулезных мероприятий: политическую приверженность в странах в борьбе с туберкулезом, достаточное финансовое обеспечение противотуберкулезной службы в системе общественного здравоохранения, межсекторальный подход к организации лечебно-профилактической помощи, Российская Федерация имеет большой опыт и сформированную систему борьбы с туберкулезом, основанную на результатах многолетних научных исследований. Не все принципы и компоненты глобальной стратегии борьбы с туберкулезом (ДОТС) и новой стратегии «Остановить туберкулез» применимы для нашей страны. Разработка национальной стратегии борьбы с туберкулезом в России должна базироваться на обоснованных проблемах и приоритетах в организации противотуберкулезной помощи населению и быть направлена на снижение предотвратимых потерь.

10. Научно-обоснованные предложения в стратегию борьбы с туберкулезом в России включают:

- совершенствование системы организации лечебно-профилактических мероприятий с учетом потребности населения в оказании противотуберкулезной помощи, в том числе в отдельных социальных, профессиональных и возрастных группах;

- совершенствование технологий диагностики и лечения туберкулеза;

- проведение научных исследований и использование их результатов в изучении потребностей населения в противотуберкулезной медицинской помощи и профилактики с учетом факторов риска, оказывающих негативное влияние на здоровье населения;

- разработка и реализация комплекса профилактических, лечебных и реабилитационных мероприятий, включая мероприятия в группах риска;

- повышение уровня санитарного образования населения в вопросах профилактики туберкулеза и формирование устойчивой мотивации к здоровому образу жизни;

- совершенствование методов повышения квалификации медицинского и иного персонала противотуберкулезных учреждений;

- совершенствование системы мониторинга туберкулеза и эпидемиологического прогнозирования.

Это позволит в дальнейшем развить систему межсекторального взаимодействия, как основы системного подхода к организации борьбы с туберкулезом в России.

Практические рекомендации

Для придания глобализации в сфере здравоохранения справедливого характера, необходимо делать упор на ее социальных аспектах, учитывать чисто социальные цели в процессе разработки макроэкономической политики и национальной концепции развития здравоохранения до 2020 года.

Национальные методы управления в сфере здравоохранения нуждаются в усовершенствовании во всех государствах, при этом в одних странах они должны претерпеть более радикальные изменения, чем в других. Задачи государства в данной сфере в условиях глобализации должны быть связаны с: достижением эффективного управления, гарантий социальной защиты, расширением всеобщего доступа к медицинским услугам; содействием развитию местных сообществ посредством передачи им власти и ресурсов, расширения и укрепления местного экономического потенциала.

Опыт преобразования в сфере здравоохранения развитых стран требует адаптации и корректировки механизмов реформирования к местным условиям Российской Федерации. Значительную роль в обмене опытом преобразований в области здравоохранения может играть взаимодействие с международными институтами.

Обязательным процессом в сфере здравоохранения должна стать реализация межстрановых проектов, выходящих за рамки только здравоохране-

ния как отрасли социальной сферы, на основе происходящего процесса интеграции научных знаний, развития инновационного потенциала, совместных разработок нескольких отраслей.

В современных эпидемиологических и экономических условиях рекомендуется использовать предлагаемый комплексный план при формировании мероприятий национального проекта «Здоровье», направление «Туберкулез» как на федеральном, так и на региональном уровнях.

Использовать компоненты национальной стратегии борьбы с туберкулезом при разработке технических предложений и заданий федеральных целевых и международных проектов и программ, включая заявку Российской Федерации для Глобального Фонда по борьбе с ВИЧ/СПИДом, туберкулезом и малярией в рамках реализации 9 раунда.

Список работ по теме диссертации

1. Матинян Н.С. Методика адаптации федеральных нормативов к территориям с учетом социально-экономических, демографических, градостроительных, климатогеографических особенностей и заболеваемости населения. Методические рекомендации № 2000/245. / В.И. Стародубов, А.Ю. Михайлов, Н.С. Матинян, Ю.А. Коротков, Н.А. Шибков, И.Н. Веселкова, А.А. Калининская, Н.Г. Гвоздь, Т.Г. Колесник, И.Л. Андреева, И.И. Вареников, О.Г. Соловьева, Е.Г. Колобухова, Г.М. Вялкова // Москва, 2000. – 47с.

2. Матинян Н.С. Методика комплексного анализа развития системы здравоохранения и его ресурсного обеспечения на территориях разного типа. Методические рекомендации № 2001/147. / В.И. Стародубов, Ю.В. Михайлова, Э.Н. Матвеев, Г.М. Вялков, В.С. Кольцов, В.И. Назаров, И.Л. Андреева, Н.С. Матинян, М.Г. Шестаков, А.Ю. Михайлов, К.Г. Дзугаев, Д.Р. Хальфин, И.Г. Глотова // Москва, 2001. – 88с.

3. Матинян Н.С. Организационно-правовые основы оказания платных медицинских услуг. Методическое пособие для организаторов здравоохранения и руководителей медицинских учреждений. / Ю.В. Михайлова, Н.В. Косолапова, Т.В. Тупицина, И.Л. Андреева, Н.С. Матинян, А.Ю. Михайлов // Москва, 2002. – 101с.

4. Матинян Н.С. Роль и место социальной сферы в развитии общества / Н.С. Матинян // Москва, «Экономика», - 2003. - 17с.

5. Матинян Н.С. Каталогизация и индустрия идей современного этапа глобализации / Н.С. Матинян // Москва, «Нонпарель», - 2003. - 17с.

6. Матинян Н.С. Особенности взаимодействия национальных хозяйственных комплексов / Н.С. Матинян // Москва, «Нонпарель», - 2003. - 16с.
7. Матинян Н.С. Самоопределение России в процессе глобализации: экономическое измерение. Монография / Н.С. Матинян // Москва, «Экономика», - 2004. - 111с.
8. Матинян Н.С. Новые подходы в эпоху глобализации – определяющий фактор в процессах формирования национальной политики / Н.С. Матинян // Москва, «Петит», - 2004. - 30с.
9. Матинян Н.С. Системы здравоохранения разных стран в контексте глобализационных процессов / Н.С. Матинян // Москва, «Петит», - 2004. - 30с.
10. Матинян Н.С. Условия и причины связанные с диверсификацией функций государства / Н.С. Матинян // Москва, «Петит», - 2004. - 28с.
11. Матинян Н.С. Геоэкономические вопросы и разноуровневая модель интеграции / Н.С. Матинян // Москва, «Петит», - 2004. - 30с.
12. Матинян Н.С. Интеграция России и СНГ в мировое пространство / Н.С. Матинян // Москва, «Петит», - 2004. - 19с.
13. Матинян Н.С. Реализация социальных приоритетов в правительственных Программах долгосрочного и краткосрочного развития России / Н.С. Матинян // «Государственная служба», №6, - 2005. - С. 106-110.
14. Матинян Н.С. Социальный вектор стратегии развития России / Н.С. Матинян // Москва, «Экономика», - 2005. - 17с.
15. Матинян Н.С. Социальные последствия глобализационных процессов (к вопросу об интерпретации экономических и социальных целей в глобальной рыночной экономике). Монография / Н.С. Матинян // Москва, «Экономика», - 2005. - 100с.
16. Матинян Н.С. Современный этап глобализации – новое качество интернациональной взаимозависимости и кооперации / Н.С. Матинян // Материалы научно-практической конференции «Современная экономическая теория и реформирование экономики России», г. Москва, - РУДН, - «Экономика» - 2005. - С. 391-397.
17. Матинян Н.С. Медико-социальные аспекты и профилактика социально-обусловленных болезней (туберкулез, наркомания и токсикомания, алкоголизм) / Т.В. Кайгородова, С.Ю. Темирджанова, Н.С. Матинян, С.Н. Фисенко // Реферативный сборник. – Москва, 2005. – 72с.

18. Матинян Н.С. Глобализация в медицине / Н.С. Матинян // Бюллетень ВСНЦ СО РАМН, т.1 (39), - г. Иркутск, - 2005. - С. 211-214.
19. Матинян Н.С. Реформа здравоохранения как локальная стратегия в глобализационных процессах / Н.С. Матинян // Бюллетень ВСНЦ СО РАМН, № 2 (40), - г. Иркутск, - 2005. - С. 255-257.
20. Матинян Н.С. Аккредитация в системе здравоохранения России и за рубежом / Ю.В. Михайлова, И.А. Андреева, А.В. Короткова, А.Ю. Абрамов, Н.С. Матинян // Москва, 2005. – 64с.
21. Матинян Н.С. Интеграция форм экономической и социальной глобализации (для социальной стабилизации здоровья людей и развития здравоохранения). Монография / Н.С. Матинян // Москва, «Экономика», - 2005. - 258с.
22. Матинян Н.С. Проблемы укрепления социальной защиты в России / Н.С. Матинян // Москва, «Экономика», - 2006. - 17с.
23. Матинян Н.С. Реформирование системы здравоохранения России как адаптация к глобальным процессам / Н.С. Матинян // Москва, «Экономика», - 2006. - 16с.
24. Матинян Н.С. Система медицинского страхования в РФ / Н.С. Матинян // Москва, «Экономика», - 2006. - 18с.
25. Матинян Н.С. Глобализация социальной политики / Н.С. Матинян // Москва, «Экономика», - 2006. - 16с.
26. Матинян Н.С. Концептуализация социальной глобализации: либерализация, интернационализация, интеграция. / Н.С. Матинян // Материалы научно-практической конференции «Современная экономическая теория и реформирование экономики России», г. Москва, - РУДН, т.2, изд. «Экономика», - 2006. - С. 472-478.
27. Матинян Н.С. Глобализация и многообразие форм интеграционных проблем / Н.С. Матинян // Москва, «Экономика», - 2006. - 9с.
28. Матинян Н.С. Гармония социальных и экономических целей – задача глобального развития / Н.С. Матинян // Москва, «Экономика», - 2006. - 20с.
29. Матинян Н.С. Реформа здравоохранения в условиях глобализационных процессов / Н.С. Матинян // Москва, «Экономика», - 2006. - 33с.
30. Матинян Н.С. Многофакторный характер глобальных социальных проблем / Н.С. Матинян // Москва, «Экономика», - 2006. - 23с.

31. Матинян Н.С. Вопросы динамики экономической глобализации / Н.С. Матинян // Москва, «Экономика», - 2006. - 22с.
32. Матинян Н.С. Концептуальные вопросы социальной глобализации / Н.С. Матинян // Москва, «Экономика», - 2006. - 30с.
33. Матинян Н.С. Цели социальной интеграции / Н.С. Матинян // Москва, «Экономика», - 2006. - 21с.
34. Матинян Н.С. Глобализация экономики / Н.С. Матинян // Москва, «Экономика», - 2006. - 13с.
35. Матинян Н.С. Евразийский континент-пространство воплощения геоэкономических процессов России / Н.С. Матинян // Москва, «Экономика», - 2006. - 38с.
36. Матинян Н.С. Конкуренция в условиях глобализационных процессов / Н.С. Матинян // Москва, «Экономика», - 2006. - 40с.
37. Матинян Н.С. Организация стратегического планирования в здравоохранении. Учебно-методическое пособие. / Т.А. Сибурина, И.Л. Андреева, В.В. Кожевников, Л.К. Лохтина, А.Ю. Михайлов, Н.С. Матинян, Р.И. Девишев, А.А. Смирнов, М.Г. Шестаков, В.И. Назаров, В.С. Кольцов // Москва, 2006. – 68с.
38. Матинян Н.С. Приоритеты социального развития стран с переходной экономикой в процессе вхождения в глобализационные процессы / Н.С. Матинян // Москва, «Экономика», - 2007. - 125с.
39. Матинян Н.С. Социальные проблемы неравномерного воздействия процесса глобализации / Н.С. Матинян // Материалы научно-практической конференции «Современная экономическая теория и реформирование экономики России», г. Москва, - РУДН, - «Экономика», - 2007. - С. 448-454
40. Матинян Н.С. Реформирование национальных систем здравоохранения как адаптация к глобальным процессам / Н.С. Матинян, Е.И. Скачкова // Информационно-аналитический вестник «Социальные аспекты здоровья населения» - Москва, - 2008. - №7. [Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/74/69/>].
41. Матинян Н.С. Сотрудничество Российской Федерации с Всемирной организацией здравоохранения / В. И. Стародубов, Ю. В. Михайлова, О. П. Честнов, А. В. Короткова, Т. В. Кайгородова, М.С. Цешковский, Н.С. Матинян // Москва, Издательство ФГУ «ЦНИИОИЗ Росздрава», - 2008. - 200с.

42. Матинян Н.С. Глобализация в сфере здравоохранения. Монография под редакцией Ю.В. Михайловой и Е.И. Скачковой / Н.С. Матинян // Москва, «Медицинская литература», - 2008. - 232с.
43. Матинян Н.С. Множественная лекарственная устойчивость микобактерий туберкулеза как глобальная проблема общественного здоровья / Н.С. Матинян, Е.И. Скачкова // Бюллетень Программы ВОЗ по борьбе с туберкулезом в Российской Федерации. – 2009. - №8. – С. 13-21.
44. Матинян Н.С. Результативность образовательных программ послевузовской подготовки врачей по вопросам профилактики, диагностики и лечения болезней, вызванных вирусом иммунодефицита человека / А.В. Короткова, С.К. Владимиров, Н.С. Матинян, А.А. Рыжков // Проблемы управления здравоохранением – Москва, - 2009. - №2(45). – С. 19-27.
45. Матинян Н.С. Социализация личности и ее влияние на формирование социально значимых заболеваний / Е. И. Скачкова, Н. С. Матинян, М.Г. Шестаков, В.С. Одинец, В.С. Кольцов // Проблемы управления здравоохранением – Москва, - 2009. - №2(45). – С. 86-88.
46. Матинян Н.С. Реформирование системы здравоохранения России в условиях глобализации / Ю.В. Михайлова, Н.С. Матинян // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – Москва, - 2009. - №3. – С. 18-21.
47. Матинян Н.С. Оценка влияния социальных факторов на заболеваемость туберкулезом. Характеристика социально-профессионального состава впервые выявленных больных туберкулезом / Е.И. Скачкова, Н.С. Матинян, М.Г. Шестаков, Д.А. Кучерявая, С.К. Владимиров // Проблемы управления здравоохранением – Москва, - 2009. - №3(46). – С. 34-39.
48. Матинян Н.С. Национальная стратегия борьбы с туберкулезом в России / Ю.В. Михайлова, Е.И. Скачкова, Н.С. Матинян, М.Г. Шестаков // Проблемы соц. гигиены здравоохранения и истории медицины. – Москва, - 2009. – №4. – С.33-35.