

ления у пациентов с полным отсутствием зубов в разные сроки использования съемных пластиночных протезов показали, что содержание ТБК-РП в ротовой жидкости у них имеет разнонаправленный характер изменений. Так, у пациентов при первичном обращении (I этап) концентрация ТБК-РП в ротовой жидкости была в 1,6 раз выше таковой у лиц контроля. Через 7 дней после протезирования (II этап) уровень ТБК-РП был в 1,7 раза выше контрольных величин. Через 6 месяцев после протезирования (III этап) уровень ТБК-РП приблизился к контрольным данным. При этом он стал ниже в 1,6 раз, чем в группе первичного обращения ( $p < 0,05$ ) и в 1,8 раз группы протезирования через 7 дней ( $p < 0,05$ ). Подобная векторная направленность сдвигов была характерна и для параметров глутатионовой антиоксидантной системы. Аналогичная закономерность отмечалась и при определении содержания тиоловых групп глутатиона в ротовой жидкости у пациентов в динамике протезирования.

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о том, что использование полных съемных пластиночных протезов сопровождается активацией свободно-радикальных процессов и снижением активности глутатионовой антиоксидантной системы в ротовой полости в первые дни после протезирования. Однако через 6 месяцев постоянного использования полных съемных пластиночных протезов наблюдаемые нарушения про- антиоксидантного баланса в ротовой полости исчезают, что свидетельствует о высокой клинической эффективности протезирования. Причем по степени позитивного влияния на показатели локального окислительного статуса предпочтительным является использование полных съемных пластиночных протезов.

#### **НАПРАВЛЕНИЯ РАЗВИТИЯ СИСТЕМЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СУБЪЕКТАХ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Карякин Н.Н.

*Департамент здравоохранения Краснодарского края*

*Краснодар, Россия*

Одним из существенных недостатков имеющихся систем организации медицинской помощи специалисты считают чрезмерную децентрализацию, называя такую систему медицинской помощи «муниципальной». Она характеризуется автономностью муниципального здравоохранения и, как следствие, низкой интеграцией разрозненных муниципальных систем в единую модель субъекта Российской Федерации. Противоположностью «муниципальной» модели является действовавшая в период Советского Союза система, когда управление в каждом уголке страны основывалось на директивах центра. В статье 72 Конституции Российской Федерации опреде-

лено, что координация вопросов здравоохранения относится к предмету совместного ведения Российской Федерации и субъектов Российской Федерации. Из данной нормы следует, что субъект федерации наделен конституционным мандатом на организацию системы медицинской помощи на своей территории.

Система правоотношений, включающая все три уровня власти в решение вопросов здравоохранения, является для Российской Федерации новой, а ее реализация сопряжена с решением целого комплекса задач, в том числе, в области межбюджетных отношений.

В настоящее время в связи с переходом к практической реализации процесса разграничения полномочий в сфере здравоохранения необходимо определить оптимальную модель организации медицинской помощи в субъекте федерации. Согласно теории управления, система должна включать в себя объект управления, субъект управления и связи между ними. В сфере здравоохранения данная модель включает в себя орган управления здравоохранением, медицинские учреждения (организации), граждан, непосредственно потребляющих медицинские услуги, и взаимосвязи между ними.

Так как обеспечение граждан качественной и доступной медицинской помощью интегрирует в себя неразрывную взаимосвязь различных видов медицинской помощи, организация системы здравоохранения должна строиться на основе комплексного подхода к управлению всеми элементами системы. Учитывая, что все виды медицинской помощи могут быть представлены лишь на уровне субъекта федерации, то формировать комплексный план развития здравоохранения возможно лишь на уровне субъекта федерации, а не муниципального образования.

Необходимо отметить противоречиводвойственный характер «муниципальной» системы оказания медицинской помощи: с одной стороны, местные системы автономны, с другой они фактически замкнуты на субъектный уровень, например, во-первых, страховые платежи в фонд обязательного медицинского страхования (ФОМС) за неработающее население являются расходным обязательством субъекта федерации, система ОМС, являющаяся источником 50-80% средств для финансирования здравоохранения, функционирует на уровне субъекта федерации; во-вторых, осуществление бюджетного финансирования муниципального здравоохранения осуществляется с участием фонда развития муниципальных образований, находящегося в ведении субъекта федерации. Таким образом, автономное обеспечение граждан муниципального образования медицинской помощью без участия субъекта федерации на практике не возможно.

С другой стороны, муниципальные образования вправе самостоятельно определять структуру сети медицинских учреждений, предостав-

ляющих медицинскую помощь женщинам в период беременности, родов и послеродовом периоде, первичную медико-санитарную и скорую медицинскую помощь. Однако, при отсутствии координации со стороны органа управления здравоохранением субъекта Российской Федерации это приводит к нарушению этапности предоставления медицинской помощи населению, дисбалансу и, как следствие, к снижению доступности качественной медицинской помощи.

Говоря о системном подходе к управлению в здравоохранении необходимо провести точное разграничение между «плоскостями» организации медицинской помощи: функциональным управлением и хозяйственной деятельностью. При этом не имеет значения, какому уровню власти принадлежит то или иное медицинское учреждение, из какого бюджета будет оплачена медицинская помощь, застрахован ли пациент в системе ОМС или нет. Задача - организовать систему медицинской помощи так, что бы все необходимое гражданину было предоставлено.

В разрезе хозяйственного менеджмента, закрепленные за каждым уровнем власти медицинские учреждения функционируют для решения отдельных задач на подведомственной территории.

Вышесказанное, позволяет предположить, что при выборе модели системы управления медицинской помощью субъекта Российской Федерации следует остановиться на централизованной, где орган управления здравоохранением субъекта федерации отвечает за технологические процессы, а вопросы хозяйственного ведения сохраняются за соответствующим уровнем власти.

Модель централизованной системы управления медицинской помощью представляет собой, помимо наличия единого органа управления здравоохранением субъекта федерации (министерства, департамента и т.п.), единый порядок и условия предоставления медицинской помощи и функционирования учреждений здравоохранения на всей территории субъекта федерации, что позволяет четко обозначить взаимосвязи между всеми элементами системы.

При определении порядка и условий предоставления медицинской помощи основным документом является «территориальная программа госгарантий». Помимо реализации программы госгарантий, необходима разработка и принятие региональных целевых программ (РЦП), направленных на повышение качества и доступности отдельных, наиболее актуальных, видов медицинской помощи, которые должны быть реализованы с использованием конкурсных механизмов размещения государственного заказа. Органом местного самоуправления, при наличии бюджетных средств, может быть сформирована целевая программа, направленная на укрепление здоровья граждан, проживающих в данном муниципалитете.

Для решения отдельных задач необходима интеграция действий органов власти и медицинских учреждений. Данный принцип может быть реализован через механизм организации межрайонных центров, которые включают в себя два типа: медицинские округа (предоставление видов медицинской помощи посредством интеграции полномочий между одноуровневыми субъектами власти) и межмуниципальные центры (организация предоставления конкретных видов медицинской помощи посредством полной либо частичной передачи полномочий с одного уровня власти на другой) (*термины автора*).

Рассматривая централизованную модель как основу устойчивого развития системы организации медицинской помощи, мы исходим из федеративного устройства государства, традиционно сложившихся потоков пациентов и реалий современной бюджетной политики. Считаем, что формирование механизмов интеграции муниципальных образований для решения конкретных задач в условиях осуществления субъектом федерации координирующей функции предоставит возможность обеспечить население качественной и доступной медицинской помощью.

В заключение необходимо отметить, что в настоящее время российское здравоохранение получило новые технологии управления отраслью на примере менеджмента приоритетного национального проекта, а также пилотного проекта. По нашему мнению, роль этих инициатив Президента России В.В.Путина, прежде всего, заключается не только в дополнительном финансировании отрасли, а в тех новых методах управления которые пришли в здравоохранение. Сегодня, понятие, закрепленное в Бюджетном кодексе Российской Федерации «бюджетирование, ориентированное на результат», для нас является достижимым именно благодаря внедрению в здравоохранение проектного метода управления отраслью.

#### **БИОЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОЙ И ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В МЕДИЦИНСКИХ НИИ И ВУЗАХ**

Курзанов А.Н.

*Российский центр функциональной хирургической  
гастроэнтерологии  
Краснодар, Россия*

Проблема регламентации экспериментов на животных привлекают все большее внимание специалистов и общественности. В некоторых странах началось политическое движение за прекращение или строгое ограничение экспериментов на животных.

Гуманизация экспериментов на животных требует от человека не только наличия эмоций сострадания, но и способности к логическому