

Специальный доклад

**Уполномоченного по правам человека в
Смоленской области**

**«Реализация конституционного права на
жизнь в Смоленской области»**

2007 г.

Соблюдение и защита неотъемлемого права каждого человека и гражданина на жизнь, гарантированного статьей 20 Конституции Российской Федерации, является обязанностью государства.

В Смоленской области на протяжении ряда лет складывается неблагоприятная демографическая ситуация, связанная в том числе и с высоким уровнем смертности населения. Длительное время по уровню естественной убыли населения Смоленская область как в Центральном Федеральном округе (ЦФО), так и в Российской Федерации в целом, занимает лидирующие места (третье по ЦФО, пятое – по России).

Исходя из проведенного анализа, только в 1985г. наблюдалось незначительное превышение числа родившихся (14,8) над числом умерших (13,7) на 1000 населения. С 1995г. отмечается устойчивый ежегодный рост естественной убыли населения. В 2002г. данный показатель достиг максимальной величины – 14,1 (число родившихся составило 8,6, а умерших – 22,8 на 1000 населения). Некоторое снижение этого показателя в 2006г. (13,6) не сопоставимо с аналогичными величинами за этот же период как по ЦФО (7,7), так и по России в целом (4,8). Убыль населения на сегодняшний день по сравнению с 1985г. увеличилась более чем в 14 раз, в то время как по России данный показатель в два раза меньше. В целом депопуляция населения в регионе к настоящему времени достигает 10 – 13 тысяч человек в год. За последние 5 лет население области уменьшилось почти на 60 тысяч человек.

Эта тенденция характерна для всех районов Смоленской области. В 2006 году в Угранском, Моностырщинском, Кардымовском, Глинковском, Хиславичском, Шумячском районах число умерших увеличилось в сравнении с прошлым годом почти на 40%. Самые высокие показатели смертности (более 29 человек на 1000 населения) были отмечены в Глинковском, Демидовском и Руднянском районах.

Предпринимаемые в регионе организационные, материально-технические, финансовые усилия по объективным причинам к снижению приведенных выше показателей не приводят.

Во многом упреждение роста летальности зависит от качества медицинского обслуживания населения.

На итоговой коллегии Департамента Смоленской области по здравоохранению за 2006г. отмечалось, что первичная медицинская помощь стала более доступной и качественной; начался приток врачебных и сестринских кадров в участковую службу; учреждения здравоохранения на 21% обновили имеющееся в пользовании оборудование и в 2 раза снизили сроки ожидания определенных видов исследований; обновлен на 40% имеющийся автопарк.

Необходимо подчеркнуть, что уровень обеспеченности населения врачебными кадрами и средним медицинским персоналом на протяжении ряда лет в Смоленской области остается сравнительно высоким, в среднем 51,5 на 10 000 населения, что превышает аналогичные показатели как по Центральному Федеральному округу (45 на 10 000 населения), так и по России в целом (42,5 на 10 000 населения). Показатели амбулаторно-поликлинической помощи в регионе выше, чем в целом по Российской Федерации. Однако в ряде случаев

отмечается неукомплектованность врачами терапевтических и педиатрических участков, врачами узкой специализации. Последнее особенно характерно для сельских районов.

Проблемы с укомплектованностью медицинскими кадрами, уровнем технического обеспечения медицинских учреждений имеют большинство субъектов РФ, в том числе и соседние области. Например, в Калужской области нехватка только врачей составляет порядка 500 вакансий, имеются аналогичные проблемы и в Брянской области. Вместе с тем, уровень смертности населения в 2006г. в этих субъектах составил 17,7 и 18,6 на 1000 населения, в то время как в Смоленской области – 20,8. Обращает на себя внимание тот факт, что в самой неблагополучной по обеспеченности медицинскими кадрами в РФ Курганской области (27 врачей на 10 000 населения), показатель смертности составил в 2006г. 16,4 на 1000 населения.

Из приведенного выше можно сделать вывод, что количество имеющихся работников, показатели материально-технической обеспеченности учреждений не всегда являются достаточным условием снижения уровня смертности населения. Изменение ситуации в немалой степени связано и с иными факторами обслуживания.

Из поступающих к Уполномоченному обращений видно, что население в основном не удовлетворено оказанием первичной медико-санитарной помощи. Потoki граждан, обращающихся на прием в лечебно-профилактические учреждения, не урегулированы. Существующая система приема, в том числе по предварительной записи («по талонам») слабо эффективна и не всегда отвечает требованиям своевременности в предоставлении помощи. В процессе приема, особенно при документальном оформлении пациентов, не используются компьютерные возможности, что существенно сокращает фактическое время осмотра больных, их диагностику.

Значительные очереди для записи на прием и, в том числе к врачам узких специальностей, сдерживают необходимые обращения, особенно экономически активной части населения, за медицинской помощью, прохождением обследования.

Резкое сокращение ранее распространенных комплексных медосмотров, всеобщей диспансеризации, сужает достоверность состояния здоровья значительной части населения области. Диспансеризация и связанная с ней ранняя диагностика населения важны при лечении многих видов заболеваний, особенно сердечно-сосудистых и социально-распространенных болезней. Для сравнения: ранее диспансеризацией охватывалось до 80% всего населения, а в настоящее время – до 48% и лишь по отдельным профессиональным группам населения (учителя, врачи, работники пищевой промышленности, общественного транспорта, лиц, занятых на вредных, тяжелых условиях труда). Слабое распространение получают формы медицинских осмотров, диспансеризации работников, практикуемые за счет собственных средств работодателей и организаций.

Анализ причин летальных исходов показывает, что на первом месте (около 60%) в регионе стоят болезни системы кровообращения (гипертония,

ишемическая болезнь и т. п.). Второе и третье места соответственно занимают заболевания, связанные с состоянием перинатального периода (28,4%), травмы и отравления (12,8%). Заболевания, связанные с новообразованиями и болезнями органов пищеварения соответственно составляют 9,8% и 3,7% от всех летальных исходов.

К 2005г. резко возросли случаи смерти по причинам, связанным с отравлением алкоголем (более чем на 30%), с заболеваниями психического характера (в 4 раза). Алкоголизм, психические расстройства нередко приводят к случаям суицида, которых в Смоленской области ежегодно регистрируется более 35 на 100 тыс. населения (в России – 23). Статистикой подтверждается, что с алкоголизмом связано 72% убийств, 42% самоубийств, 52% смертей от травм и ДТП, 67% смертей от цирроза печени и 23% смертей от сердечно-сосудистых заболеваний.

В Смоленской области заболеваемость туберкулезом выше, чем в среднем по России на 7,7%. При этом туберкулезом в основном больны люди трудоспособного возраста от 34 до 55 лет, мужчин в 2,5 раза больше, чем женщин. Хотя за последние 3 года смертность от туберкулеза на Смоленщине снизилась с 28 до 20,4 на 100 000 населения, данный показатель по-прежнему остается сравнительно высоким.

Среди причин потерь населения специалистами традиционно выделяется старость. Однако, показатели ухода из жизни по этой причине снижаются. Констатируется, что данная тенденция связана с сокращением уровня продолжительности жизни населения. Так средний возраст жизни мужчин в Смоленской области на сегодняшний день составляет 54,8 лет, средняя продолжительность жизни женщин – 70,5 лет. Уровень преждевременной смертности (в трудоспособном возрасте) в 2006г. составил 6,4 тыс. человек или 31% от общего числа умерших (в 2005г. – 32%). Причем доля мужчин, умерших в трудоспособном возрасте, составляет 80%, при том условии, что численность мужского населения составляет около 45%.

Несмотря на тенденцию к ежегодному снижению младенческой смертности в Смоленской области (от 16,6 до 14,3 смертей на 1000 рожденных), ее уровень по-прежнему остается достаточно высоким. По данным Департамента здравоохранения Смоленской области, младенческая смертность в 2006г., по сравнению с предыдущим годом (в 2005г. – 14,7), снизилась в 1,4 раза, до 10,2 на 1000 родившихся. За 5 месяцев 2007г. имело место 38 случаев смерти детей в возрасте до 1 года, что сопоставимо с данными 2006 года.

Среди причин детской смертности называются следующие (в порядке убывания): отдельные состояния, возникающие в перинатальный период, врожденные аномалии, болезни органов дыхания, инфекционные и паразитарные болезни, травмы и несчастные случаи.

Практически по всем классам заболеваний за последние 10 лет в Смоленской области наблюдается их рост среди всех категорий населения. Особую тревогу вызывает состояние здоровья детей, 30% которых уже при рождении имеют различные заболевания.

Свою корректировку в причины смертности населения вносят и дорожно-транспортные происшествия. По данным УГБДД УВД Смоленской области, в более чем полутора тысячах ДТП, случившихся в 2006г., погибли 329 человек (в том числе 15 детей). В 2007г. количество дорожно-транспортных происшествий увеличилось на 78%, число погибших за первую половину текущего года составило 125 человек, 894 получили различные увечья.

По количеству погибших в ДТП на 100 пострадавших на Смоленская область (13,2) значительно обошла среднероссийские показатели (9,8).

Общеизвестен факт, что летальность в регионе проявляется на фоне общего сокращения числа детей и подростков, особенно в возрастной группе до десятилетнего возраста (в 2 раза). На сегодняшний день взрослое население области ориентировочно составляет 830 тысяч человек, около 130 тысяч – дети до 14 лет.

Особенно неблагоприятные последствия убыли проявляются в сельских районах Смоленской области, где сейчас проживает 29% от общей численности населения. На селе смертность на 65% выше, чем в городе, что превышает рождаемость в 3,2 раза. По заключению специалистов данные показатели не в состоянии обеспечить производительного труда в сельской местности.

По мнению специалистов причины повышенной убыли не во всех случаях пояснимы степенью доступности медицинской помощи, эффективностью лечения. Определенную значимость имеют факторы психологического, материального характера, что особенно важно с учетом посткризисного состояния общества, когда значительная часть населения еще не в полной мере адаптировалась к новым условиям жизни, что прежде всего относится к категориям граждан, условия существования которых не отвечают достойному образу жизни (часть 1 статьи 7 Конституции РФ). Это требует от органов власти всех уровней адресного внимания к организации занятости населения в части создания более привлекательных рабочих мест (в частности, для инвалидов), профилактической работы, предупреждающей преступность несовершеннолетних, пропаганду здорового образа жизни, создание условий для вовлечения определенных категорий граждан в систематическое занятие физической культурой и спортом и т. д.

Следует отметить стремление Администрации области, областной Думы к изменению сложившейся ситуации, что проявляется в наращивании финансирования, техническом оснащении и переоснащении сферы здравоохранения, активном участии в реализации мероприятий приоритетного национального проекта «Здоровье». В этом направлении в Правительство РФ внесены ряд серьезных предложений, свидетельствующих о заинтересованности органов власти в решении назревших проблем, в том числе – повышении уровня оплаты труда медработников, полноты и своевременности проведения среди населения медицинских мероприятий, оснащения области

диагностическим оборудованием, техникой, выделением средств для строительства медицинских объектов и т. д. В то же время действующие в области региональные программы пока не приносят желаемого эффекта, как в охране здоровья, так и в предупреждении смертности, радикальном изменении имеющейся ситуации. Отчасти это связано с неполным использованием иных, помимо медицинских, возможностей организации работы и, особенно, в комплексном решении отмеченных проблем.

Анализ показывает, что пока на сокращение смертности в Смоленской области в большей мере оказывают влияние мероприятия, проводимые на федеральном уровне. Можно предположить, что мобилизация организационных ресурсов органов власти области должна в соединении с мероприятиями Российской Федерации привести к ожидаемым результатам.

С учетом изложенного и, принимая во внимание длительность периода выхода из сложившейся кризисной ситуации, полагал бы целесообразным:

1. Создание условий, способствующих охвату наибольшего количества населения профилактическими осмотрами, диспансеризацией, в том числе и путем поощрения финансового участия в этом процессе организаций всех форм собственности.

2. Продолжение мероприятий по кадровому обеспечению системы здравоохранения области врачами общей практики и врачами-специалистами с созданием условий для их закрепления на местах; оснащению медицинских учреждений современным диагностическим оборудованием, техникой; совершенствованию системы организации врачебного приема всех категорий населения с учетом использования компьютерных возможностей; обеспечению инвалидов и иных категорий граждан своевременным и полным предоставлением дополнительного лекарственного обеспечения.

3. Проведение, с привлечением соответствующих организаций и ведомств, мероприятий среди населения, направленных на внедрение здорового образа жизни, создание условий для привлечения детей и молодежи к занятиям физической культурой и спортом, с возможным снижением при этом уровня платных услуг, особенно для малообеспеченных семей.

4. Обратит внимание на показатели безвозвратных потерь населения в муниципальных образованиях, где эта тенденция приобрела устойчивые предельные для региона величины, с принятием необходимых упреждающих мер.

Уполномоченный
Н. Осин

В.

14 сентября 2007г.