

Социальные проблемы развития территорий

УДК 614.2 + 26.89

ББК 65.495(2Рос-4Бел)

© Павлов К.В., Степчук М.А., Пинкус Т.М.

ОЦЕНКА ДИНАМИКИ И ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПЕРСПЕКТИВ РАЗВИТИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ РЕГИОНА



ПАВЛОВ КОНСТАНТИН ВИКТОРОВИЧ

Камский институт гуманитарных и инженерных технологий
Россия, Удмуртская республика, 426003, г. Ижевск, ул. им. Вадима Сивкова, д. 12а
E-mail: kvp_ruk@mail.ru



СТЕПЧУК МИХАИЛ АНДРЕЕВИЧ

Медицинский информационно-аналитический центр
Россия, 308002, г. Белгород, пр. Б. Хмельницкого, д. 133в
E-mail: m.stepchuk@km.ru



ПИНКУС ТАТЬЯНА МИХАЙЛОВНА

Медицинский информационно-аналитический центр
Россия, 308002, г. Белгород, пр. Б. Хмельницкого, д. 133в
E-mail: belmiac@mail.ru

Проводимая реформа здравоохранения направлена на обеспечение качества и доступности медицинской помощи, что должно способствовать повышению продолжительности активной жизни населения и является залогом устойчивого социально-экономического развития общества. В связи с этим статья посвящена определению направлений, методов и форм инновационного развития и модернизации системы здравоохранения региона на основе организации и приоритета использования первичной медико-санитарной помощи. Целью данного исследования является изучение состояния и динамики развития медицинской помощи, в том числе специализированных ее видов, населению Белгородской области за последнее время, а также определение прогнозов ее развития в обозримой перспективе. В процессе исследования социально-экономических проблем оказания медицинской помощи населению региона использовались методы системного и статистического анализа, а также методы прогнозирования и программирования развития вос-

производственных систем. На современном этапе развития общества реорганизация и модернизация системы здравоохранения региона как основа решения проблем сохранения здоровья населения зависят от активного межведомственного взаимодействия, а также от эффективности деятельности самой системы здравоохранения, решения проблем ее финансирования, укомплектования и уровня профессионализма кадров, оснащения медицинских организаций современным оборудованием, эффективными методами и методиками диагностики и лечения. В связи с этим были выявлены приоритетные направления развития первичной медико-санитарной помощи как формы перехода на трехуровневое ее оказание. Сделан вывод о том, что в результате реализации мероприятий модернизации здравоохранения региона медицинская помощь получила свое развитие на всех уровнях ее оказания, в том числе на уровне первичной медико-санитарной помощи и на уровне оказания специализированных ее видов. Вместе с тем процесс модернизации здравоохранения Белгородской области осуществлялся недостаточно системно, что требует дальнейшего совершенствования системы управления здравоохранения региона, особенно отказа от приоритета оказания населению стационарной медицинской помощи.

Регион, модернизация здравоохранения территории, Белгородская область, трехуровневое оказание медицинской помощи.

На современном этапе развития общества реорганизация и модернизация системы здравоохранения региона как основа решения проблем сохранения здоровья населения и решения связанных с этим иных социально-экономических проблем зависят от активного межведомственного взаимодействия, а также от эффективности деятельности самой системы здравоохранения, проблем ее финансирования, укомплектования и уровня профессионализма кадров, оснащения медицинских организаций современным оборудованием, эффективными методами и методиками диагностики и лечения и разработки адекватной системы мотивации качественной работы специалистов [1]. В связи с этим изучение динамики этих явлений в период модернизации здравоохранения региона приобретает первостепенную значимость и актуальность. Исходя из сказанного целью данного исследования является изучение состояния и динамики развития медицинской помощи (в т. ч. специализированных ее видов) в регионе за последнее время, а также определение перспектив ее развития.

Для достижения этой цели были поставлены и решены следующие задачи: анализ и изучение законодательной базы по организации медицинской помощи и развитию здравоохранения; осуществление оценки состояния здравоохранения и организации медицинской помощи Белгородской области с приоритетом первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) и оценки специализированной (в том числе высокотехнологичной) помощи, а также формирование прогноза их развития на ближайшую перспективу. Методологической основой для достижения цели исследования использовались комплексный подход и методы статистического и сравнительного анализа [2]. С их помощью проанализированы различные аспекты организации медицинской помощи жителям региона и отдельных ее видов, даны ее оценка и перспективы развития.

Для реализации поставленных задач здравоохранение Белгородской области в настоящее время располагает сетью медицинских организаций, в состав которой входят 50 больничных организаций, имеющих в своем составе 53 врачебные

амбулатории, 62 центра (отделения) врача общей (семейной) практики (ВОП), 543 фельдшерско-акушерских пункта (ФАП), 1 домовое хозяйство; 18 самостоятельных амбулаторно-поликлинических организаций; 3 станции скорой медицинской помощи (кроме того, 37 станций и отделений, не имеющих статуса юридического лица); 4 станции переливания крови; 5 круглогодичных санаторно-курортных организаций; дом ребенка; 7 организаций особого типа, не оказывающих медицинскую помощь населению. В регионе также широко развита сеть частных и ведомственных медицинских организаций, 9 из которых участвуют в реализации территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Белгородской области бесплатной медицинской помощи (программа госгарантий). Приоритет в развитии системы здравоохранения региона отдан развитию внебольничной медицинской помощи и ее профилактического направления с конечной целью увеличения продолжительности жизни и сокращения смертности населения [3]. Параллельно развивалась специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь (ВМП).

В целях обеспечения ПМСП жителям области функционирует широкая сеть медицинских организаций, включающая территориальные поликлиники для взрослых, детские поликлиники, женские консультации, врачебные и фельдшерские здравпункты в городах и лечебно-профилактические учреждения врачебного участка в сельской местности, к которым относятся фельдшерско-акушерские пункты, здравпункты, центры врача общей практики, участковые больницы, врачебные амбулатории, являющиеся первичным звеном в системе ПМСП [4]. Для жителей районного центра основным учреждением, оказывающим ПМСП, является поликлиника центральной рай-

онной больницы. Всего в 2014 году ПМСП в области оказывалась 133 амбулаторными медицинскими организациями, в которых работало 14454 человека, из них: врачей – 3109; среднего медицинского персонала – 6989; младшего медицинского персонала – 1977. За анализируемый период с 2012 по 2014 год обеспеченность врачебными кадрами амбулаторно-поликлинического звена увеличилась на 8,1% и составила в 2014 году 20,1 на 10000 чел. населения (2012 год – 18,5); а обеспеченность средним медицинским персоналом увеличилась на 2,7% и составила 45,2 (2012 год – 44,0) на 1000 чел. населения [5].

В результате проведенной реорганизации мощность амбулаторно-поликлинических медицинских организаций за 2012–2014 годы сократилась всего на 0,3% и составила в 2014 году 33 812 посещений в смену (2012 год – 33 923). Соответственно несколько снизилась обеспеченность населения амбулаторно-поликлиническими организациями, которая составила 218,7 посещения в смену на 10000 чел. населения, что ниже среднего показателя по ЦФО (Центральный федеральный округ) (ЦФО 2013 год – 234,5). Однако это не повлияло на количество посещений врачей амбулаторно-поликлинического звена (первичного звена), которое на протяжении этих лет не изменилось и составило 9,3 на 1 жителя в год. В то же время в связи с активным развитием профилактического направления работы первичного звена изменилась структура посещений (рис. 1).

Как видно из рисунка 1, количество посещений с профилактической целью увеличилось на 32% и составило в 2014 году 3,3 посещения на 1 жителя в год (2012 год – 2,5), а их доля в структуре посещений увеличилась на 5,5% и соответственно составила 35,5% от общего количества посещений врача в поликлинике и на дому (2012 год – 30,0). Доля посещений по по-

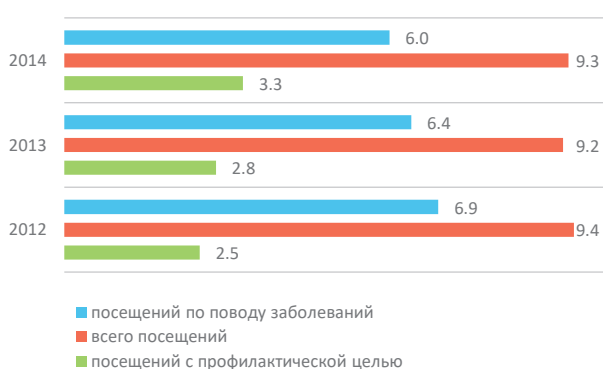


Рис. 1. Структура посещений врачей амбулаторно-поликлинического звена за период с 2012 по 2014 год

Источник: разработано автором.

воду заболеваний, наоборот, уменьшилась на 13,0% и составила 6,0 посещения на 1 жителя в год в 2014 году (для сравнения в 2012 году – 6,9). Это подтверждает существование тенденции переориентации работы врачей первичного звена на профилактическую работу. С этой целью проводилась диспансеризация определенных групп взрослого населения Белгородской области – общее число граждан, подлежащих диспансеризации в 2014 году, составило 301 258 человек (прошли диспансеризацию 301 478 человек, что составляет 100,1% от плана). С помощью мобильных бригад в рамках диспансеризации обследовано 13,8% населения, а граждан, проживающих в сельской местности, – 44,6%. Доля отказов от отдельных исследований составила 4,3%, а доля письменных отказов от диспансеризации в целом – 1,3%. По половому признаку обследованные распределились: мужчины – 44,1%, женщины – 55,9%; по возрасту: 21–35 лет – 33,7%; 36–60 лет – 41,3%; старше 60 лет – 25%. По результатам осмотров по группам здоровья граждане распределились следующим образом: I группа здоровья – 32,7% (98 531 человек); II группа здоровья – 23,4% (70 588 человек); III группа здоровья – 43,9% (132 359 человек). Частота выявленных поведенческих факторов

риска составила (в %): нерациональное питание – 25,7; низкая физическая активность – 19,5; курение – 18,1; избыточная масса тела (ожирение) – 17,9; риск пагубного потребления алкоголя – 1,6. Частота выявления патологии составляет (на 1000 обследованных): болезни системы кровообращения – 15,61; эндокринологические заболевания – 6,83; болезни органов пищеварения – 6,4; болезни глаз – 3,28; болезни нервной системы – 2,33; болезни органов дыхания – 1,9; болезни крови – 0,97; злокачественные новообразования – 0,78; глаукома – 0,57. Кроме этого выявлены злокачественные новообразования следующих локализаций: молочной железы в 180 случаях; предстательной железы – 93; женских половых органов – 24; желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), нижние отделы – 9; трахеи, бронхов, легких – 11; ЖКТ, верхние отделы – 3. В итоге по результатам диспансеризации приняты следующие решения: установлено диспансерное наблюдение за 22,2% лиц; назначено лечение – 21,7%; направлено на дополнительное диагностическое исследование – 0,5%; направлено на получение специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи – 0,13%; направлено на санаторно-курортное лечение – 3,7% обследованных лиц.

По мнению авторов, смысл и цель диспансерного наблюдения для граждан, имеющих хронические неинфекционные заболевания (ХНИЗ) или хотя бы высокий риск их развития, – это достижение заданных значений параметров фискального, лабораторного и инструментального обследования; коррекция факторов риска развития заболевания; предупреждение обострений ХНИЗ; снижение числа обращений к врачу, вызовов скорой помощи и госпитализаций; повышение качества жизни и снижение числа предотвратимых смертей [6]. Мероприятия по

достижению этой цели включены в подпрограмму развития ПМСП и реализуются в районах Белгородской области.

В целом значение ПМСП для населения определяется высокой доступностью этого вида медицинской помощи, возможностью получения квалифицированного обследования и лечения без госпитализации, а зачастую и без освобождения от работы или учебы. С целью повышения доступности встречи пациента с врачом практически во всех амбулаторно-поликлинических учреждениях области реализована возможность электронной записи на прием к врачу с использованием информационно-сенсорных терминалов и интернет-сервисов [7].

Для повышения доступности медицинской помощи преимущественно для пожилого сельского населения в отдаленных селах и хуторах, проведения осмотров и диспансеризации используются медицинские мобильные бригады. Количество мобильных бригад, созданных при центральных районных больницах (ЦРБ), за 2012–2014 годы увеличилось на 7 бригад и составило 36 (2012 год – 29) [5]. На 34,6% увеличилось количество их выездов, на 30,6% – число осмотренных жителей, а число диспансерных больных, получивших консультации, – в 5,4 раза (табл. 1).

Соответственно увеличивалась нагрузка на каждую бригаду. Для эффективной и качественной работы бригад специалисты использовали портативное оборудование [8]. Кроме того с целью по-

вышения доступности ПМСП для сельского населения внедряется использование дистанционных видов помощи, в том числе возможности телемедицины.

Важной составляющей первичной медико-санитарной помощи является скорая медицинская помощь (СМП). С целью обеспечения населения данным видом помощи в Белгородской области созданы широкая сеть станций (подстанций) СМП, 3 из которых являются самостоятельными юридическими лицами, и 38 отделений СМП. Отделения СМП организованы в административных районах при центральных районных больницах. Радиус обслуживания в городской черте сегодня не превышает 10 км, в селе – около 30 км. В крупных городах и районных центрах – Белгород, Старый Оскол, Губкин и Валуйки – в составе СМП организованы подстанции из расчета 20-минутной транспортной доступности. Число выездов бригад скорой медицинской помощи в 2014 году снизилось и составило 316 вызовов на 1000 чел. населения (2012 год – 317), при Федеральном нормативе – 318. Ежедневно по области обслуживается около 1341 вызовов. В течение года работало 493 бригады (2012 год – 471), из них: 79 – врачебных (2012 год – 84), 362 – фельдшерских (2012 год – 335), 29 – бригад интенсивной терапии (2012 год – 28), 10 – психиатрических (2012 год – 10), 13 – педиатрических (2012 год – 14). Обеспеченность врачебными бригадами в 2014 году снизилась и составила 0,31 на 10 000 чел. населения (2012 год – 0,33),

Таблица 1. Динамика объемов работы врачей мобильных бригад центральных районных больниц (ЦРБ) области за 2012–2014 годы

| Мобильные бригады | Количество выездов | | | | Осмотрено (чел.) | | | | Проконсультировано (чел.) | | | |
|-------------------|--------------------|--------|--------|--------------------|------------------|--------|--------|--------------------|---------------------------|--------|--------|--------------------|
| | 2012г. | 2013г. | 2014г. | 2014г. к 2012г., % | 2012г. | 2013г. | 2014г. | 2014г. к 2012г., % | 2012г. | 2013г. | 2014г. | 2014г. к 2012г., % |
| Всеми бригадами | 1131 | 1397 | 1522 | 134.6 | 81548 | 99592 | 106494 | 130.6 | 8149 | 21584 | 44292 | >в5.4р. |
| Одной бригадой | 39 | 42 | 42 | 107.7 | 2812 | 2906 | 2958 | 105.2 | 281 | 654 | 1230 | >в4.4р. |

Источник: разработано автором.

фельдшерскими – 0,23 (2012 год – 0,22). Уменьшилась укомплектованность врачебных должностей СМП и с учетом совместительства составила 92,9% (2012 год – 98,6); средним медицинским персоналом – 98,7% (2012 год – 99,4). Кроме основной задачи служба СМП осуществляла перевозку инфекционных больных, плановых больных, в том числе больных на гемодиализ и других. За анализируемый период наблюдается уменьшение на 4,4% числа перевозок (с 30457 в 2012 году до 29093 в 2014 году), и в структуре вызовов перевозки в 2014 году составили 6% (2012 год – 6,2) [6].

В целях рационального использования СМП проводится работа по переадресовке больных с неотложными состояниями (в часы работы поликлиник) участковой службе. С целью их обслуживания в поликлиниках г. Белгорода запланировано открытие кабинетов неотложной помощи [9]. В настоящее время решаются вопросы оптимизации оказания скорой медицинской помощи в рамках Белгородской агломерации, а также расширения радиуса обслуживания МБУЗ (Муниципальное больничное учреждение здравоохранения) СМП г. Белгорода за счет территории Белгородского района и улучшения взаимодействия указанных структурных подразделений СМП. В планах на ближайшую перспективу в целом по области число вызовов СМП должно снизиться до 313 на 1000 чел. населения в год. Этому будут способствовать использование программы ГЛОНАС, переход на единую диспетчерскую службу и обслуживание вызовов по принципу ближайшей бригады.

Неоценимо значение в оказании медицинской помощи населению восстановительного лечения и реабилитации, которые направлены на восстановление физического, психологического и функционального состояния, трудовой и профессиональной деятельности пациентов

[10]. В Белгородской области создана многоуровневая система восстановительного лечения и медицинской реабилитации, включающая в себя ряд этапов: стационарный, амбулаторно-поликлинический и санаторно-курортный. Основные реабилитационные мероприятия в области осуществляются в амбулаторно-поликлинических и стационарных учреждениях здравоохранения [11].

На стационарном этапе в области восстановительное лечение и медицинская реабилитация начинаются с первых дней пребывания больного в стационаре [5]. Кроме этого они обеспечиваются в ОГБУЗ (Областное государственное бюджетное учреждение здравоохранения) «Ново-Таволжанская больница медицинской реабилитации» на 192 койках, в отделении восстановительного лечения и медицинской реабилитации ОГБУЗ «Алексеевская ЦРБ» на 20 койках, в ОГБУЗ «Чернянская центральная районная больница» на 15 койках, в ОГБУЗ «Вейделевская центральная районная больница» на 15 койках и на 64 койках реабилитации на базе санатория «Красиво». Всего в стационарных отделениях медицинская реабилитация в 2014 году проводилась по кардиологическому, неврологическому, ортопедическому, терапевтическому профилю и по профилю патологии беременности. Непосредственно в санатории «Красиво» осуществляется реабилитация кардиологических больных после хирургических вмешательств, стентирования, протезирования клапанов, которые в общей массе прошедших реабилитацию составляли до 35%. Средняя по региону длительность реабилитационного курса на специализированных койках составила 16 дней, что на 27% ниже федерального норматива (норматив – 22 дня).

Долечивание после стационарного лечения организовано в медицинских организациях с использованием отделений

(кабинетов) восстановительного лечения, физиотерапии, лечебной физкультуры, рефлексотерапии, а также в санаторно-курортных учреждениях [12; 13]. На базе ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа» путем реорганизации областного центра медицинской реабилитации организовано отделение, в котором оказывается широкий спектр медицинских услуг по реабилитации больных в амбулаторных условиях. Широко используются восстановительное лечение и медицинская реабилитация на базе физиотерапевтических отделений (кабинетов), кабинетов ЛФК, массажа в городских поликлиниках области, Яковлевской, Новооскольской, Грайворонской, Волоконовской, Корочанской и других центральных районных больницах.

С целью оздоровления населения в системе здравоохранения области имеется 5 санаториев круглогодичного функционирования общей коечной мощностью 850 коек, в т. ч. ОГАУЗ «Санаторий «Красиво» на 450 коек; ОГКУЗ «Санаторий для детей с родителями» в г. Белгороде на 100 коек; МБУЗ «Городской детский санаторий «Надежда» г. Старый Оскол» на 100 коек; ОГКУЗ «Детский санаторий г. Грайворон» на 100 коек; ОГКУЗ «Детский противотуберкулезный санаторий п. Ивня» на 100 коек. В 2014 году санаторно-курортное лечение получили 16 198 человек, что на 9,2% больше, чем за 2012 год. Из общего числа получивших санаторно-курортное лечение в 2014 году 29,8% составили дети до 17 лет (2012 год – 37,2).

Для улучшения оказания медицинской помощи по восстановительному лечению, медицинской реабилитации и санаторно-курортному оздоровлению населения области по предложению авторов [6] в Программу включены и реализуются следующие мероприятия: внедрение новых методик восстановитель-

ного лечения и реабилитации больных; укрепление материально-технической базы учреждений медицинской реабилитации; оснащение эффективным медицинским оборудованием учреждений, осуществляющих восстановительное лечение и медицинскую реабилитацию; проведение последиplomной подготовки врачей-специалистов по медицинской реабилитации; обеспечение преемственности между медицинскими учреждениями восстановительного лечения, медицинской реабилитации, общей лечебной сети и санаторно-курортными учреждениями; обеспечение выполнения квот на лечение в стационарах больниц и отделениях медицинской реабилитации и восстановительного лечения.

Паллиативная медицинская помощь является актуальной в здравоохранении области [14]. Она призвана улучшить качество жизни пациентов с различными хроническими заболеваниями, когда возможности специализированного лечения ограничены или исчерпаны. В регионе за последние 3 года в многопрофильных больницах была организована 281 паллиативная койка, в т. ч. 263 койки для взрослых, 18 коек для детей. Кроме этого функционирует 35 паллиативных коек для онкологических больных в ОГБУЗ «Областной онкологический диспансер». Обеспеченность паллиативными койками в области составляет 2,0 на 10 000 чел. населения, что значительно выше общероссийского показателя (РФ 2013 год – 0,21). В 2014 году на паллиативных койках было пролечено 6 562 человека, из них умерло 206 человек, больничная летальность составила 3,1%. Длительность лечения по данному профилю составляет 13,2 дня, что на 17 дней ниже федерального норматива (30 дней) и на 9 дней ниже среднего показателя по РФ (за 2014 год – 22,0 дня). Работа паллиативных коек составила 273 дня в году.

Низкие показатели функционирования паллиативных коек объясняются наличием объективных и субъективных причин: продолжалась организация службы и учебы специалистов, отрабатывался порядок госпитализации на эти койки, население не в полной мере осознало положительную роль паллиативной помощи в системе оказания медицинской помощи и ряд других [15].

Одним из основных критериев оценки работы первичного звена является показатель смертности населения, прикрепленного к данному участку, в том числе на дому. В 2014 году в области зарегистрировано всего 21 641 случай смерти (около 2 случаев на 1 участок в месяц, РФ – 3). Случаев смерти на дому лиц всех возрастов зарегистрировано 14 848 (2012 год – 16 138), или 1,2 случая на 1 участок в месяц. Из них в возрасте 0–17 лет включительно 25 случаев, или 0,17% (2012 год – 32 случая, или 0,2%), в трудоспособном возрасте (женщины 18–54 года, мужчины 18–59 лет) – 2 357 случаев, или 15,9% (2012 год – 2 460 случаев, или 15,2%), старше трудоспособного возраста – 12 466 человек, или 84,0% (2012 год – 13 646 случаев, или 84,6%). При проведении анализа смертности на дому авторы особое внимание обратили на группу лиц 0–17 лет включительно и на случаи умерших на дому в трудоспособном возрасте.

Так, за анализируемые годы число случаев смерти на дому лиц в возрасте 0–17 лет включительно уменьшилось на 23,3%, в результате показатель составил 9,2 на 100 000 чел. детского населения (2012 год – 12,0). Однако показатель младенческой смертности (смертность детей до 1 года) на дому увеличился на 8,0% и составил 4,1 на 100 000 чел. детского населения (2012 год – 3,8). При этом удельный вес младенческой смертности на дому (этот показатель имеет важное социальное значение, так как особенно вы-

сок риск гибели детей из семей социального риска и, прежде всего, зависит от недостаточного ухода родителей за детьми раннего возраста) увеличился на 12,7% и составил 44,0% от всех умерших на дому в возрасте 0–17 лет (2012 год – 31,3%). Увеличился на 0,9% и показатель числа лиц, умерших на дому, в трудоспособном возрасте, который составил 267,9 на 100 000 чел. населения соответствующей возрастной группы (2012 год – 265,5). Это обстоятельство требует разработки дополнительных мероприятий по профилактике как младенческой смертности, так и смертности населения трудоспособного возраста на дому [5].

Для государства большое значение имеет снижение финансовых затрат на дорогостоящее стационарное лечение. В связи с этим ПМСП имеет приоритетное значение в медицинском обслуживании как наиболее массовый и доступный вид медицинского обслуживания. По данным многих авторов, 80% обратившихся за медицинской помощью начинают и заканчивают свое лечение в амбулаторно-поликлинических медицинских организациях. При этом затраты на оказание данного вида медицинской помощи в 4–5 раз уступают затратам на оказание стационарной помощи населению [16].

С этой целью в регионе часть объемов стационарной помощи планомерно перемещалась в область амбулаторной помощи. Круглосуточный коечный фонд области на 01.01.2015 составил 11 994 койки. В зависимости от потребности в оказании тех или иных видов помощи осуществлялась оптимизация дорогостоящих неэффективно используемых стационарных коек. Так, за последние три года в области было сокращено 89 коек круглосуточного пребывания различных профилей. В связи с этим обеспеченность круглосуточным коечным фондом уменьшилась и составила в 2014 году 77,6 на 10 000 чел.

населения (2012 год – 78,5), этот показатель ниже среднего по ЦФО (ЦФО 2013 год – 79,8). В результате улучшилась эффективность работы стационара [17].

Таким образом, в результате приведения деятельности стационарных медицинских организаций к федеральным нормативам и стандартам оказания медицинской помощи и развития амбулаторно-поликлинической помощи в Белгородской области значительно сократились такие показатели использования коечного фонда, как уровень госпитализации – на 3,2% и длительность лечения – на 6,5% (рис. 2).

Для компенсации объемов стационарной помощи за эти годы развиты более экономичные стационарозамещающие виды медицинской помощи: дневные стационары при поликлиниках и дневные стационары на дому. В 2014 году функционировали 61 дневной стационар для взрослых и 7 дневных стационаров для детей. Коечный фонд стационарозамещающих видов помощи составил 2781 место и 269 условных мест – в стационарах на дому, которые эффективно использовались. В общей сложности в 2014 году в дневных стационарах было пролечено 86,8 тысяч человек, ими было проведено

986,1 тыс. пациенто-дней, что составляет 638 дней на 1000 жителей и полностью удовлетворяет потребность в этом виде помощи.

В соответствии с программой [6] осуществлялся переход на трехуровневое оказание медицинской помощи и внедрялись новые формы организации ПМСП, в первую очередь в пилотных районах: переход на более эффективную и менее затратную трехэтапную стандартизованную организационную систему ее оказания первого уровня с приоритетом профилактики; развитие этой системы в сельской местности по принципу врача общей практики; приведение к стандартам уровня оснащенности медицинских организаций, широкое использование межрайонных центров и других эффективных подходов и методов, обеспечивающих повышение качества и социально-экономическую эффективность первичной помощи. Одновременно использовались новые формы финансирования первичной помощи, в частности такие как одноканальное финансирование на основе подушевого норматива с применением частичного фондодержания, консолидация средств бюджетов всех уровней в си-

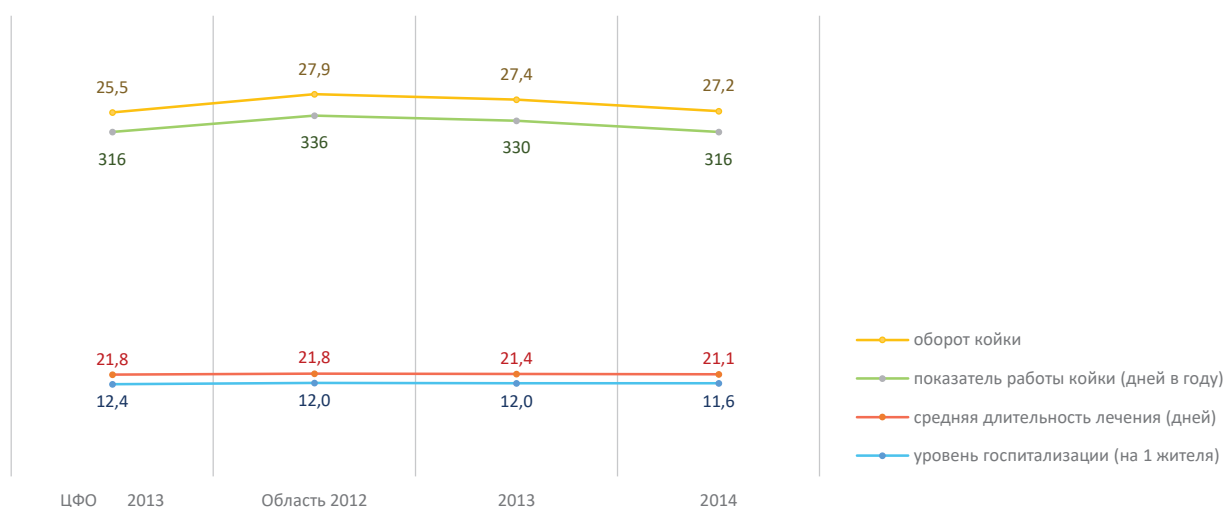


Рис. 2. Динамика основных показателей деятельности медицинских стационарных учреждений за 2012–2014 годы

Источник: разработано автором.

стеме здравоохранения региона, а также отраслевая оплата труда медицинских работников как стационаров, так и первичного звена, что в итоге должно обеспечить привлечение квалифицированных специалистов и повысить мотивацию улучшения качества их труда [18]. Кроме этого использовались привлечение инвесторов, государственно-частное партнерство и иные формы. Сегодня от состояния первичной медико-санитарной помощи зависят эффективность и качество деятельности всей системы здравоохранения региона, сохранение трудового потенциала области, а также решение медико-социальных проблем, возникающих в т. ч. на уровне семьи и у социально незащищенных групп населения [19].

Вместе с тем указанные задачи не могут быть решены только лишь за счет работы системы здравоохранения, для этого требуется эффективное межведомственное взаимодействие. Для активного выявления факторов риска и своевременного принятия мер профилактической направленности, в особенности среди наиболее уязвимых групп населения, представляется целесообразным сформировать «медико-социальные группы», в состав которых могут быть включены социальный работник, участковый полицейский, а также медицинский работник. В задачи данной группы должны входить патронаж хронических больных и лиц с факторами риска развития различных заболеваний (алкоголизм, наркомания); проведение профилактических бесед; контроль приема лекарственных препаратов и выполнения назначений врача среди граждан, нуждающихся в социальном обслуживании. При этом профилактические мероприятия будут направлены на снижение смертности населения от основных причин: цереброваскулярные болезни, острое нарушение мозгового кровообращения, острый коронарный

синдром, гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, сахарный диабет, онкологические заболевания, туберкулез, болезни органов дыхания, болезни органов пищеварения, внешние причины. При этом обязательный контроль параметров таких факторов, как артериальное давление, липидный спектр, глюкоза крови. Все это позволит на первом уровне оказания медицинской помощи выявлять заболевания на ранних стадиях развития и обострение хронических заболеваний, осуществлять оздоровление, коррекцию факторов риска развития заболеваний; недопущение необходимости госпитализации в круглосуточный стационар и применения специализированной, в т. ч. высокотехнологичной медицинской помощи.

Однако в настоящее время продолжается процесс старения населения региона, наблюдается высокий уровень хронических заболеваний и их осложнений у лиц пожилого возраста, что требует оказания им затратной специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи. С этой целью и с целью обеспечения специализированной помощи всему населению области организована трехуровневая система ее оказания путем создания межрайонных специализированных центров, определения путей рациональной маршрутизации пациентов, соблюдения этапности оказания медицинской помощи в соответствии с утвержденными порядками и стандартами. В рамках территориальной программы госгарантий оказание специализированной медицинской помощи в условиях круглосуточных стационаров организовано на базе 42 государственных и 8 муниципальных медицинских организаций. Первый уровень включает 17 медицинских организаций, оказывающих первичную, в том числе первичную специализированную медико-санитарную помощь. Второй

уровень включает 13 медицинских организаций, на базе которых организованы межмуниципальные центры для оказания специализированной медицинской помощи по следующим профилям: акушерство, неонатология, кардиология, неврология, травматология, инфекция, офтальмология, оториноларингология, хирургия, гастроэнтерология и паллиативная помощь. Третий уровень включает 20 медицинских организаций, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную медицинскую помощь. В их число входит ряд стационарных учреждений и отделений, где оказывается специализированная помощь больным, страдающим социально значимыми заболеваниями.

Так, например, онкологическая помощь населению области оказывается в ОГБУЗ «Белгородский онкологический диспансер», ОГБУЗ «Детская областная клиническая больница» и МБУЗ «Городская больница №2» Старооскольского городского округа. Коечный фонд онкологической службы представлен 423 койками, в том числе 253 онкологического профиля для взрослых, 35 коек для детей, 35 коек для оказания паллиативной помощи и 100 коек радиологических [5]. В 2014 году средняя длительность работы койко-места онкологического профиля снизилась на 6,2% и составила 336 дней в году (2012 год – 358), при утвержденном показателе на 2014 год – 327 дней. Работа койко-места с перегрузкой в онкологическом диспансере связана с неэффективным использованием коек в городской больнице №2 г. Старый Оскол. Всего на онкологических койках было пролечено в 2014 году 13 057 больных, из них умерли 67 человек, больничная летальность составила 0,5%. Больничная летальность от злокачественных новообразований во всех стационарах области составила 1,8% (2012 год – 1,3%). Длительность лечения

онкологических больных увеличилась на 7,9% и составила 10,9 дней (2012 год – 10,1). Онкологическую помощь оказывают 80 онкологов при штатной численности 102,25 единиц и занятых – 96,75 единиц. Укомплектованность составила 94,65%, а коэффициент совместительства – 1,2. Обеспеченность врачами-онкологами за последние 3 года выросла на 2% и составила 0,52 на 10 000 чел. населения (2012 год – 0,51). В поликлинике количество штатных должностей онкологов составило 61,5 единиц, занятых – 56,0 единиц, физических лиц – 44 онколога, коэффициент совместительства составил 1,3.

Фтизиатрическую помощь населению оказывают 3 противотуберкулезных диспансера и одна специализированная противотуберкулезная больница. Общая коечная сеть фтизиатрической службы составляет 450 коек, в том числе 400 коек для взрослых и 50 коек для детей. Обеспеченность туберкулезными койками сократилась на 9,4% и составила 2,9 на 10 000 чел. населения (2012 год – 3,2). Сокращение коечного фонда обусловлено тем, что в области идет снижение уровня общей заболеваемости туберкулезом. Медицинскую помощь туберкулезным больным оказывает 71 врач-фтизиатр при штатной численности 116,0 единиц, занятых – 111,75 единиц. Укомплектованность составила 94,8%, коэффициент совместительства – 1,6 (2012 год – 1,5). В поликлинике количество штатных должностей – 80,0 единиц, занятых – 75,75 единиц, физических лиц – 54 единиц, в том числе 31 – участковый фтизиатр. Укомплектованность в поликлинике составила 94,7%, коэффициент совместительства – 1,4.

Психиатрическую помощь жители получают в 4 специализированных стационарах и психиатрическом отделении центральной районной больницы, кроме того в поликлиниках оказывается психиатрическая помощь в амбулаторных условиях.

Коечный фонд психиатрической службы за последние 3 года сократился на 1,0% и представлен 1000 койками, в т. ч. 960 – для взрослых и 40 – для детей, из них 980 – в специализированных стационарах и 20 – в отделении ЦРБ. Обеспеченность койками сократилась на 1,5% и составила 6,5 на 10 000 чел. населения (2012 год – 6,6), по РФ (2013 год) обеспеченность психиатрическими койками составила 10,0. Работа койко-места составила в среднем 327 дней. В 2014 году пролечено 4 918 больных, из них умерло 27. Больничная летальность составила 0,55%. Всего в учреждениях здравоохранения области работает 88 врачей психиатров, в т. ч. 49 в поликлинике при штатной численности 139,75 единиц, из них 56,75 единиц – должности участковых психиатров. Количество занятых должностей – 139,25 единиц. Укомплектованность составила 63,0%, коэффициент совместительства – 1,6. Обеспеченность врачами-психиатрами за последние 3 года увеличилась на 20% и составила 0,6 на 10 тыс. чел. населения (2012 год – 0,5).

Наркологическую службу области представляют 2 наркологических диспансера, наркологическое отделение центральной районной больницы и штат психиатров-наркологов, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях. Коечный фонд наркологической службы в течение последних лет не изменялся и составляет 130 коек, в т. ч. 120 – в наркологических диспансерах и 10 – в ЦРБ. Обеспеченность койками составила 0,84 на 10 тыс. чел. населения (РФ в 2013 году – 1,7). Работа койко-места составила 328 дней. В 2014 году пролечено 3 815 больных, из них умерло 16 чел., больничная летальность – 0,4%. Всего в учреждениях здравоохранения области 112,5 штатных должностей психиатров-наркологов, в том числе 21 – участковые, занято всего 108,5 единиц (96,4%) (2012 год – 118,0 и 112,5 соответственно). В поликлинике количество штатных долж-

ностей – 95,5 единиц, занятых – 93 (97,4%). Фактически работает 68 врачей психиатров-наркологов, в т. ч. 55 – в поликлинике. Обеспеченность врачами-наркологами увеличилась на 10,0% и составила 0,44 на 10 000 чел. населения (2012 год – 0,4). Коэффициент совместительства составил 1,6, в поликлинике – 1,7 [6].

Дерматовенерологическую помощь в области оказывают 2 кожно-венерологических диспансера и врачи дерматовенерологи в амбулаторно-поликлинических условиях. Коечный фонд дерматовенерологической службы за последние 3 года не изменился и составляет 104 койки, в том числе 89 коек дерматологического профиля, 15 коек – венерологического. Обеспеченность дерматологическими и венерологическими койками составляет 0,67 на 10 тыс. чел. населения (РФ в 2013 году – 0,91). Работа дерматовенерологических коек в 2014 году в среднем составила 336 дней. Всего в учреждениях здравоохранения области 93,0 штатные должности дерматовенерологов, занято – 91,75 единиц (98,6%). В поликлинике количество штатных должностей 84,0 единиц, занятых – 82,75 единиц (98,5%). Фактически работают 78 врачей дерматовенерологов, в т. ч. 72 – в поликлинике. Обеспеченность врачами-дерматовенерологами увеличилась на 19,0% и составила 0,5 на 10 000 чел. населения (2012 год – 0,42). Коэффициент совместительства составил – 1,2, в поликлинике – 1,15.

Таким образом, населению области оказывается специализированная медицинская помощь на всех трех уровнях, в том числе больным, страдающим социально значимыми заболеваниями [20]. Однако для ее развития, повышения доступности и качества необходимо доукомплектовать учреждения квалифицированными специалистами, оснастить эффективными технологиями и оборудованием и, в первую очередь, сделать все это в межрайонных центрах.

Обеспеченность населения высокотехнологичной медицинской помощью (ВМП) является показателем уровня развития здравоохранения области, а объем этой помощи характеризует уровень развития ПМСП и в обратнопропорциональной степени эффективность ее функционирования. В 2014 году в рамках реализации подпрограммы 3 государственной программы «Развитие здравоохранения Белгородской области на 2014–2020 годы» проводился отбор пациентов, нуждавшихся в оказании им высокотехнологичной медицинской помощи, как в муниципальных и областные учреждения здравоохранения, так и в медицинские учреждения федерального подчинения.

В области имеют лицензии на оказание высокотехнологичной медицинской помощи пять медицинских организаций, в том числе 3 – областные и 2 – муниципальные. В 2014 году было пролечено в этих учреждениях 2 864 пациента, из них 1 649 помощь оказана за счет средств обязательного медицинского страхования (ОМС). На оказание ВМП планировалось выделение средств из бюджетов всех уровней в размере 195,8 млн руб. (2013 год – 291,7), из них 167,3 млн руб. из областного бюджета (2013 год – 225,4) и 28,5 млн руб. из федерального бюджета (2013 год – 66,4).

В 2014 году всего поступило средств 195,1 млн руб. (дефицит – 0,4% за счет всех бюджетов). Фактически израсходовано всего 204,3 млн руб. (в том числе остаток средств 2013 год – 8,9 млн руб.).

В ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница (ОКБ) Святителя Иоасафа» ВМП оказывается по 11 лицензированным профилям, в том числе нейрохирургия, неонатология, онкология, сердечнососудистая хирургия, ортопедия (эндопротезы), травматология и ортопедия, трансплантология, абдоминальная хирургия, урология, акушерство и гинекология.

Всего в 2014 году в этой больнице оказана ВМП 1215 больным, в том числе

- абдоминальная хирургия – 30;
- акушерство и гинекология – 60;
- нейрохирургия – 127;
- неонатология – 0;
- онкология – 70;
- офтальмология – 98;
- сердечнососудистая хирургия – 587;
- травматология и ортопедия (эндопротезы) – 200;
- трансплантология – 7;
- урология – 5 [5].

Анализ показал, что за 2012–2014 годы объем оказания ВМП в ОКБ увеличился на 14,4%, однако в сравнении с 2013 годом он уменьшился на 28,9% за счет снижения финансирования из областного и федерального бюджетов. Динамика объемов ВМП, оказанной в ОКБ за 2012–2014 годы, показана в *табл. 2*.

Из них умерло 15 пациентов (2013 год – 17), в т. ч. в кардиохирургическом отделении – 12 (2013 год – 11), в нейрохирургическом отделении – 3 (2013 год – 5). Больничная летальность составила 1,2% (2013 год – 1,0). Средняя длительность пребывания больного на койке в ОКБ за 2012–2014 годы показана в *табл. 3*.

Как видно из таблицы 3, средняя длительность пребывания больного на профильных койках ВМП следующая: абдоминальная хирургия – 15,9 дня (2012 год – нет), акушерство и гинекология – 9,8 (2012 год – 18,1), сердечнососудистая хирургия – 15,1 (2012 год – 17,3), травматология и ортопедия – 19,4 (2012 год – 19,5), травматология и ортопедия (эндопротезы) – 11,7 (2012 год – 13,9), нейрохирургия – 19,8 (2012 год – 17,8), онкология – 14,6 (2012 год – 12,5), трансплантология – 41,8 (2012 год – 46,7), урология – 13,8 (2013 год – нет), офтальмология – 9,5 (2013 год – нет). Таким образом, средняя длительность лечения уменьшилась на 6,9 дня и составила 17,4 дня (2012 год – 24,0) [5].

Таблица 2. Динамика объемов оказания ВМП в ОКБ за 2012–2014 годы

| Профиль МП | Объем ВМП по годам (человек) | | |
|---|------------------------------|---------|---------|
| | 2012 г. | 2013 г. | 2014 г. |
| Абдоминальная хирургия | – | – | 30 |
| Акушерство и гинекология | 100 | – | 60 |
| Нейрохирургия | 120 | 160 | 127 |
| Неонатология | 100 | 100 | – |
| Онкология | 105 | 182 | 70 |
| Офтальмология | – | – | 98 |
| Сердечнососудистая хирургия | 272 | 883 | 587 |
| Травматология и ортопедия (эндопротезы) | 304 | 304 | 200 |
| Травматология и ортопедия | 51 | 70 | 31 |
| Трансплантология | 10 | 10 | 7 |
| Урология | – | – | 5 |
| Итого | 1062 | 1709 | 1215 |

Источник: расчеты автора.

Таблица 3. Динамика средней длительности лечения и летальность в ОКБ за 2012–2014 годы, в днях

| Профиль ВМП | 2012 г. | 2013 г. | 2014 г. |
|---|---------|---------|---------|
| Абдоминальная хирургия | – | – | 15,9 |
| Акушерство и гинекология | 18,1 | – | 9,8 |
| Нейрохирургия | 17,8 | 16,3 | 19,8 |
| Неонатология | 46,5 | 46,5 | – |
| Онкология | 12,5 | 13,1 | 14,6 |
| Офтальмология | – | – | 9,5 |
| Сердечнососудистая хирургия | 17,3 | 15,7 | 15,1 |
| Травматология и ортопедия (эндопротезы) | 13,9 | 11,8 | 11,7 |
| Травматология и ортопедия | 19,5 | 18,8 | 19,4 |
| Трансплантология | 46,7 | 57,0 | 41,8 |
| Урология | – | – | 13,8 |
| Летальность, в % | 1,1 | 1,0 | 1,2 |

Источник: расчеты автора.

В ОГБУЗ «Детская областная клиническая больница» (ДОКБ) по мере получения лицензий на осуществление медицинской деятельности расширилось оказание ВМП по профилям и увеличился ее объем. Так, в 2014 году ДОКБ имела бессрочные лицензии по следующим профилям: неонатология, оториноларингология, онкология, педиатрия, урология-андрология, гематология, абдоминальная хирургия, травматология и ортопедия. По этим профилям оказано на 15,25% больше объема ВМП, который составил 204 ребенка (2012 год – 177), в т. ч. по профилям травматология и ортопедия – 34; онкология – 40; педиатрия – 83; неонато-

логия – 13; урология – 20; оториноларингология – 14. Наряду с этим уменьшилось на 37,1% число детей, направленных в федеральные медицинские учреждения, которое составило 1 248 (2012 год – 1 984) детей, в том числе для получения ВМП – 748 (2012 год – 1 639), по СМП – 500 (2012 год – 345), из них выполнено кардиохирургических операций – 159 (2012 год – 82). Кроме того на базе ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа» кардиохирургических операций проведено на 50,0% меньше (2012 год – 24). Таким образом, за анализируемые годы в целом по области объем ВМП детям уменьшился на 26,2%.

В ОГБУЗ «Белгородский онкологический диспансер» в 2014 году для оказания ВМП было выделено 177 квот по областному бюджету и 10 квот – по федеральному. По состоянию на 01.01.2015 квоты были освоены на 100%, как и в предыдущие 2 года.

В МБУЗ «Городская клиническая больница №1» и МБУЗ «Городская больница №2 г. Белгорода» выполнены небольшие объемы ВМП по замене крупных суставов.

Таким образом, высокотехнологичная медицинская помощь населению области оказывается в муниципальных и областных учреждениях здравоохранения, а также в медицинских учреждениях федерального подчинения за счет средств областного и федерального бюджетов, средств ОМС и внебюджетных источников. Однако за последние три года финансирование ВМП за счет средств бюджетов снизилось на 32,9%, что привело к уменьшению объемов ВМП на 11,8% и, соответственно, увеличению времени на ожидание ее получения у ряда больных.

Таким образом, анализ системы оказания медицинской помощи населению в период модернизации здравоохранения в Белгородской области показал, что эта система получила свое развитие на всех уровнях ее оказания: первичная медико-санитарная помощь, специализированные ее виды, в том числе высокотехнологичная медицинская помощь. Однако модернизация проводилась недостаточно системно [6]. При осуществлении процесса оптимизации объемов стационарной помощи медленно реорганизовывалась и совершенствовалась система оказания амбулаторной помощи. Росли требования к специалистам и к показателям объема их работы, в т. ч. по оформлению документации, и это при дефиците кадров и отсутствии в ряде медицинских организаций достаточного количества средств на адекватную мотивацию труда меди-

цинских работников. Этому также способствовало сложное социально-экономическое положение в регионе в связи с продолжающимся кризисом в стране, ростом дефицита финансирования программных мероприятий по развитию здравоохранения и медицинской помощи, в том числе высокотехнологичной, без своевременной отсрочки их реализации. Все это требует дальнейшего совершенствования системы управления, организации и реализации мероприятий по внедрению трехуровневого оказания медицинской помощи населению, а также внедрению оптимальной стандартизированной системы организации ее первого уровня. Реализация этих мероприятий позволит вернуть доверие населения к преимущественному оказанию амбулаторной помощи, к отказу от приоритета стационарной помощи и ускорению процесса переориентации специалистов первичного звена на профилактическую работу.

Таким образом, нами была дана оценка значимости достигнутых результатов внедрения трехуровневой системы оказания ПМСП и перспективной трехэтапной организации ее первого уровня. Для разработки новых форм организации и финансирования ПМСП авторами были изучены опыт организации работы врачей земской медицины, участковой службы в советский период, результаты внедрения принципа ВОП в РФ, организации внебольничной помощи в развитых странах мира, а также организации ПМСП в период реформирования здравоохранения в последние годы. Результаты анализа ситуации в области показывают, что в регионе ПМСП организована по территориально-участковому принципу, была и остается приоритетным направлением здравоохранения, а участковый терапевт по-прежнему является ключевым звеном оказания ПМСП. Причиной недофинансирования амбулаторной помощи явилась

ориентация здравоохранения в предыдущие годы на развитие стационарной МП. В связи с этим расходы на амбулаторную помощь не превышали 20% от стоимости программы госгарантий. Это сказалось на состоянии первичного звена, особенно в сельской местности, где слабо развита инфраструктура, 50% врачей (работающих или планирующих работать на селе) нуждались в соцзащите. В связи с этим дефицит врачей на селе составил 31,6%, в отдельных районах – около 50% (в городе – 22%). Кроме этого, 32,6% зданий нуждалось в капитальном ремонте, 17% оборудования имело 100% износ, у 22% износ составлял около 50%, что создавало проблемы своевременной диагностики, восстановительного лечения и реабилитации. В области развивалась ПМСП по принципу ВОП, и их число достигло 26,6% от числа врачей первичного звена здравоохранения региона (для сравнения в РФ – 8,5%). Сравнительный анализ работы ВОП в сельской и городской местности показал, что они в сельской местности работают эффективнее. Установлено, что имел место дефицит средств на переподготовку и последипломное образование специалистов. В ряде учреждений недостаточно средств на выплаты специалистам первичного звена отдельных надтарифных коэффициентов, в том числе стимулирующих качество МП и профработу. Слабо организована система амбулаторного долечивания, патронажа, паллиативной помощи, восстановительного лечения и реабилитации. Имели место проблемные вопросы в организации работы СМП и ряд других. Стоимость медслуг увеличивалась, а состояние здоровья населения улучшалось медленно. Кроме этого, наблюдался небольшой процент выявления заболеваний на ранних стадиях развития и оздоровления хронических больных. Росли общие расходы на здравоохранение региона.

По мнению авторов, сложившаяся система финансирования отрасли в России в целом и в Белгородской области в частности не позволяет системе здравоохранения быть рентабельной, даже в том случае, если путем многократного увеличения финансирования или сокращения объема и перечня бесплатных услуг восстановить баланс обязательств и возможностей отрасли. С учетом результатов исследования передового опыта и анализа ситуации в области нами был предложен рациональный путь решения проблемы. Наряду с ликвидацией дефицита финансирования программы госгарантий за счет увеличения страховых взносов, обеспечения подушевого норматива и одноканального финансирования ПМСП, совершенствования оплаты труда с мотивацией качества МП и сохранения здоровья населения этот путь предполагает как совершенствование системы управления ПМСП с применением финансово-экономических и профессиональных подходов, так и более рациональную организацию системы оказания ПМСП, предусматривающую интенсификацию работы специалистов первичного звена с приоритетом профилактики, что должно повысить не менее чем на 80% достижение поставленных задач, уменьшить уровень госпитализации на 30–40% и потребность в высокотехнологичной помощи на 15–20%. Одновременно следует осуществить рациональную маршрутизацию пациентов на этапы оказания менее затратной, но более интенсивной амбулаторной медицинской помощи. Это позволит сэкономить часть средств направить на дополнительное финансирование ПМСП, которое необходимо довести за 4–5 лет до 60%.

При участии авторов была разработана комплексно-целевая программа «Развитие здравоохранения Белгородской области на 2015–2030 годы». В ней нами были научно обоснованы следующие

перспективные направления развития ПМСП: переход на трехуровневое ее оказание и более перспективную и менее затратную трехэтапную систему первого уровня с приоритетом профилактики; развитие этой системы в сельской местности по принципу ВОП; приведение к стандарту оснащенности медицинских организаций, широкое использование межрайонных центров и других эффективных форм и методов, обеспечивающих повышение качества и социально-экономической эффективности ПМСП, а также привлечение инвесторов и использование государственно-частного партнерства.

При этом реализуются три вида ПМСП: первичная доврачебная – оказывается фельдшерами, акушерами и другими средними медработниками первичного звена; первичная врачебная – оказывается участковыми терапевтами и педиатрами, ВОП; первичная специализированная – оказывается врачами – специалистами поликлиники, межрайонных центров и консультативных областных поликлиник. Для повышения доступности и эффективности ПМСП на территории области формируется трехуровневая система организации ее оказания. Первый уровень обеспечивает население ПМСП, в т. ч. первичной специализированной, неотложной и скорой помощью, которую оказывают специалисты первичного звена и СМП. Профработа первичным звеном проводится совместно со специалистами отделений медпрофилактики и центров здоровья. Первичную специализированную МП оказывают врачи – специалисты первичного звена. Второй уровень обеспечивает оказание первичной специализированной медпомощи по наиболее востребованным профилям специалистами межтерриториальных центров, развернутых на базе амбулаторных учреждений крупных городов области, в которых применяется широкий спектр диагностиче-

ских процедур и специальные рентгенологические исследования, включая компьютерную томографию. Третий уровень – это консультативно-диагностическая первичная специализированная медпомощь, которая организована в поликлиниках областных больниц и диспансеров. В них проводятся консультации и диагностические исследования, в том числе с использованием высоких технологий.

Слабым звеном в области является первый уровень ПМСП из-за недостаточно развитой материально-технической базы поликлиник, низкой укомплектованности квалифицированными специалистами и недостаточной их мотивацией к эффективной работе. В комплексно-целевую программу развития здравоохранения области до 2030 года включена подпрограмма 2 «Развитие ПМСП», а также разработанная нами ее перспективная трехэтапная система организации первого уровня (рис. 3).

Первый этап – профилактический, на котором из профмероприятий приоритетными направлениями являются формирование у населения ЗОЖ; проведение иммунопрофилактики; консультации по проблемам здоровья; школы здоровья; скрининговые исследования выявления факторов риска; выявление заболеваний на ранних стадиях развития и их оздоровление; диспансерное наблюдение лиц из групп риска, здоровых, беременных, детей, лиц декретированных групп; больных с хроническими заболеваниями и профилактика их обострений, а также проведение рациональной маршрутизации больных. С целью повышения социально-экономической эффективности ПМСП профработу авторы предлагают сосредоточить на патологии, вызывающей наибольшие социально-экономические потери: сосудистые заболевания (гипертоническая болезнь, атеросклеротическая болезнь сердца, острые нарушения

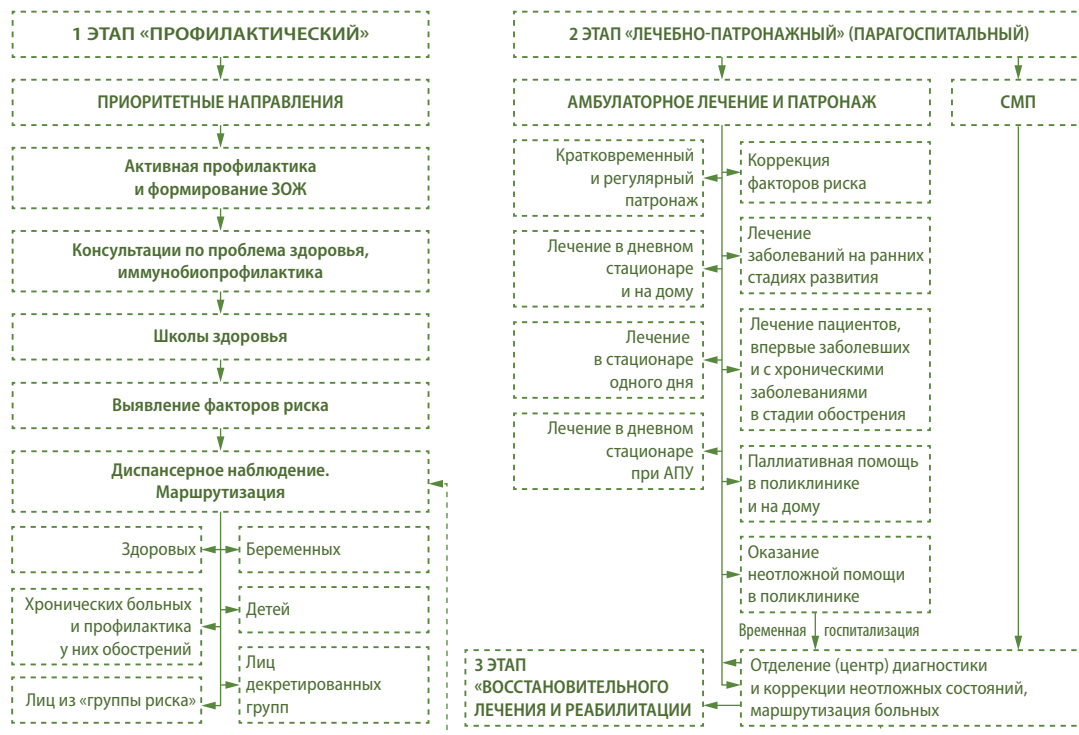


Рис. 3. Трехэтапная организация первого уровня ПМСП

мозгового кровообращения), диабет II типа, онкологические болезни, дегенеративные заболевания позвоночника и крупных суставов. Таким образом, на первом этапе осуществляется преимущественно профобслуживание в основном здоровых людей, а также лиц с хроническими заболеваниями вне стадии обострения, вследствие чего основной работой участкового врача становится профилактическая, а не лечебная.

Второй этап – амбулаторный (парагоспитальный). На этом этапе приоритетными направлениями являются коррекция факторов риска, долечивание больных в поликлинике, «стационаре на дому», дневном стационаре при поликлинике; оказание неотложной и паллиативной помощи на дому и в поликлинике; МП впервые заболевшим и лечение больных с легкими обострениями хронических заболеваний; патронаж. Эти мероприятия выполняются специалистами первичного звена. В помощь им создаются постоянные медбригады для оказания неотлож-

ной помощи на дому, в том числе в выходные и праздничные дни, а мобильные медбригады – для оказания ПМСП в малодоступных селах и хуторах. Кроме того, на базе приемного отделения при ЦРБ и городских многопрофильных больниц развертываются диагностические отделения для коррекции неотложных состояний с последующей маршрутизацией пациентов на этапы оказания менее затратной, но не менее квалифицированной и интенсивной помощи. Открываются в поликлиниках кабинеты для оказания неотложной и паллиативной помощи. Это уменьшает уровень госпитализации и стоимость ПМСП, повышает ее качество и доступность.

Третий этап – этап восстановительного лечения и реабилитации. В отделениях (центрах) восстановительного лечения и реабилитации, созданных на базе существующих физиокабинетов всех поликлиник, оснащенных эффективным оборудованием и укомплектованных квалифицированными специалистами (физиоте-

рапевт, врач ЛФК, медицинский психолог, социальный работник и др.), проводится восстановительное лечение и комплексная реабилитация: функциональная, трудовая, социальная и психологическая. Это позволит увеличить доступность и качество данного вида помощи населению, в первую очередь сельскому, и повысит социально-экономическую эффективность ПМСП.

Для оценки результатов труда медработников первичного звена было с нашим участием разработано и внедрено 14

критериев, в том числе 5, характеризующих конечные результаты труда специалистов первичного звена. Таким образом, предложенная нами перспективная организационная система ПМСП направлена на расширение объемов амбулаторной помощи, профилактику и формирование ЗОЖ, снижение стоимости МП, повышение эффективности работы первичного звена и системы здравоохранения в целом, а также сохранение здоровья населения региона.

ЛИТЕРАТУРА

1. Калиниченко, Л. А. Этапность внедрения организационно-экономического механизма управления поликлиникой [Текст] / Л. А. Калиниченко // Здравоохранение. – 2004. – № 3 – С. 181–186.
2. Павлов, К. В. Инновационная экология как перспективное научное направление [Текст] / К. В. Павлов. – Ижевск : Шелест, 2016. – 360 с.
3. Баранов, А. А. Интенсификация: Экономический и социальный аспект [Текст] / А. А. Баранов. – М. : Экономика, 1983. – 255 с.
4. Карташов, Ю. Т. Качество медицинской помощи: ожидания и действительность [Текст] / Ю. Т. Карташов // Здравоохранение. – 2008. – № 5 – С. 29–35.
5. Степчук, М. А. Основные показатели деятельности лечебно-профилактических учреждений и состояния здоровья населения Белгородской области : стат. сб. – Белгород : ОГКУЗ «МИАЦ», 2015. – 200 с.
6. Степчук, М. А. Развитие перспективных форм организации и финансирования первичного звена здравоохранения региона в условиях модернизации российской экономики [Текст] / М. А. Степчук, Т. М. Пинкус, К. В. Павлов. – Ижевск : Шелест, 2015. – 356 с.
7. Кацура, С. Н. Становление инновационной системы в Украине: национальный и региональный аспекты [Текст] / С. Н. Кацура. – Донецк : Институт экономики промышленности НАН Украины, 2011. – 504 с.
8. Колесников, С. И. Экономические основы природопользования [Текст] / С. И. Колесников. – М. : Дашков и Ко, 2011. – 304 с.
9. Ляшенко, В. И. Наноэкономика в славянских странах СНГ [Текст] / В. И. Ляшенко, К. В. Павлов, М. И. Шишкин // Серия: Экономическое славяноведение. – Ижевск : Книгоград, 2011. – 348 с.
10. Маркс, К. Капитал (Книга 3-я). Процесс капиталистического производства, взятый в целом / К. Маркс, Ф. Энгельс. – Соч. 2-е изд. – Т. 25. – Ч. 2. – 551 с.
11. Меркин, Р. М. Дискуссионные проблемы теории интенсификации строительного производства [Текст] / Р. М. Меркин, О. Г. Соловьева // Известия академии наук : Серия Экономическая. – 1984. – № 4. – С. 33–40.
12. Павлов, К. В. Патологические процессы в экономике [Текст] / К. В. Павлов. – М. : Магистр, 2009. – 458 с.
13. Сорокин, Г. Н. Интенсификация социалистического воспроизводства [Текст] / Г. Н. Сорокин // Вопросы экономики. – 1985. – № 3. – С. 3–13.
14. Титова, Т. Д. Эффективность интенсификации на внутренних водоемах [Текст] : монография / Т. Д. Титова. – Калининград : Калининградский государственный университет, 1971. – 138 с.
15. Тихонов И. А. Основы интенсивного экономического развития [Текст] / И. А. Тихонов. – М. : Мысль, 1979. – 198 с.
16. Теория инновационной экономики [Текст] / под ред. О. С. Белокрыловой. – Ростов н/Д, 2009. – 376 с.

17. Экономический механизм и особенности инновационной политики на Севере [Текст] / под науч. ред. В. С. Селина, В. А. Цукермана. – Апатиты : Кольский НЦ РАН, 2012. – 255 с.
18. Эффективность интенсификации производства на основе внедрения достижений науки [Текст] / под ред. В. П. Лебедева. – М. : Мысль, 1975. – 255 с.
19. Еделев, Д. А., Ляпунцова, Е. В. Инновационные факторы социально-экономического развития российской промышленности / Д. А. Еделев, Е. В. Ляпунцова // Вестник Северо-Осетинского государственного университета им. К.Л. Хетагурова. – 2014. – № 4. – С. 250–255.
20. Клочков, В. В., Ратнер, С. В. Управление развитием «зеленых» технологий: социально-экономические аспекты [Текст] / В. В. Клочков, С. В. Ратнер. – М. : ИПУ РАН, 2013. – 291 с.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ

Павлов Константин Викторович – доктор экономических наук, профессор, заслуженный деятель науки Удмуртской Республики, заведующий кафедрой экономики и управления. Частное образовательное учреждение высшего профессионального образования Камский институт гуманитарных и инженерных технологий. Россия, Удмуртская Республика, 426003, г. Ижевск, ул. им. Вадима Сивкова, д. 12а. E-mail: kvp_ruk@mail.ru. Тел.: +7(3412) 51-17-60.

Степчук Михаил Андреевич – кандидат медицинских наук, начальник отдела медицинской статистики. Областное государственное учреждение здравоохранения Медицинский информационно-аналитический центр. Россия, 308002, г. Белгород, пр. Б. Хмельницкого, д. 133в. E-mail: m.stepchuk@km.ru. Тел.: (4722) 31-81-08.

Пинкус Татьяна Михайловна – заместитель директора по статистике, анализу и прогнозированию. Областное государственное учреждение здравоохранения Медицинский информационно-аналитический центр. Россия, 308002, г. Белгород, пр. Б. Хмельницкого, д. 133в. E-mail: belmiac@mail.ru. Тел.: (4722) 31-81-08.

Pavlov K.V., Stepchuk M.A., Pinkus T.M.

ASSESSMENT OF DYNAMICS AND DELINEATION OF PROSPECTS FOR THE DEVELOPMENT OF MEDICAL AID FOR THE REGION'S POPULATION

The healthcare reform is aimed at ensuring the quality and accessibility of healthcare, which should increase life expectancy of the population, which is the key to sustainable socio-economic development of the society. In this regard, the article is devoted to identifying directions, methods and forms of innovative development and modernization of the region's healthcare system based on organization and priority use of primary medical assistance. The purpose for the research is to study the state and development dynamics of medical care, including its specialized types, for the population of the Belgorod Oblast for the past years, as well as to forecast its development in the foreseeable future. During the research of socio-economic issues of medical care the authors used methods of systematic and statistical analysis and methods of forecasting and programming of reproductive system development. At the present stage of society development, reorganization and modernization of the region's healthcare system as a basis for addressing the issues of health preservation depend on active interdepartmental cooperation, as well as on healthcare system effectiveness, solution of issues of its funding, personnel administration and the level of personnel professionalism, modern equipment, efficient diagnosis and treatment methods and techniques.

In this regard, the authors have identified priority areas for the development of primary health-care as a form of transition to a three-level healthcare system. It is concluded that as a result of implementing regional healthcare modernization, medical care has developed at all levels, including the level of primary and specialized healthcare. However, the process of healthcare modernization in the Belgorod Oblast was not carried out systematically enough, which requires further improvement of the healthcare management system in the region, in particular, refusing the priority of providing the population with hospital care.

Region, territory's healthcare modernization, Belgorod Oblast, three-level medical care.

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS

Pavlov Konstantin Viktorovich – Doctor of Economics, Professor, Honored Science Worker of the Udmurt Republic, Head of the Department for Economics and Management. Private Educational Institution of Higher Professional Education “Kama Institute of Humanitarian and Engineering Technologies”. 12A, Vadim Sivkov Street, Izhevsk, Udmurt Republic, 426003, Russian Federation. E-mail: kvp_ruk@mail.ru. Phone: +7(3412) 51-17-60.

Stepchuk Mikhail Andreevich – Ph.D. in Medicine, Head of the Department for Medical Statistics. Regional State Healthcare Institution “Medical Research-and-Information Centre”. 133v, Bogdan Khmel'nitsky Avenue, Belgorod, 308002, Russian Federation. E-mail: m.stepchuk@km.ru. Phone: (4722) 31-81-08.

Pinkus Tatyana Mikhaelovna – Deputy Director for Statistics, Analysis and Forecasting. Regional State Healthcare Institution “Medical Research-and-Information Centre”. 133v, Bogdan Khmel'nitsky Avenue, Belgorod, 308002, Russian Federation. E-mail: belmiac@mail.ru. Phone: (4722) 31-81-08.