

УДК 614.2(470.325)-048.35

Динамика развития медицинской помощи населению в условиях модернизации здравоохранения Белгородской области России

Павлов К.В.^{*},
Степчук М.А.^{**}, Пинкус Т.М.^{**}

^{*}ЧО ВПО «Камский институт гуманитарных и инженерных технологий»,
г. Ижевск, Российская Федерация

^{**}Областное государственное учреждение здравоохранения
«Медицинский информационно-аналитический центр», г. Белгород, Российская Федерация

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 этой связи статья посвящена определению направлений, методов и форм инновационного развития и модернизации системы здравоохранения региона на основе организации и приоритета использования первичной медико-санитарной помощи.

Цель данного исследования – 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.

Материал и методы. В процессе исследования социально-экономических проблем оказания медицинской помощи населению региона использовались методы системного и статистического анализа, а также методы прогнозирования и программирования развития воспроизводственных систем.

Результаты и их обсуждение. 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 этой связи были выявлены приоритетные направления развития первичной медико-санитарной помощи как формы перехода на трехуровневое ее оказание.

Заключение. 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.

Ключевые слова: регион, модернизация здравоохранения территории, Белгородская область, трехуровневое оказание медицинской помощи.

Dynamics of the Development of Medical Care in the Conditions of Health Care Upgrade of Belgorod Region of Russia

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

*ChO VPO "Kama Institute of Humanitarian and Engineering Technologies",
Izhevsk, Russian Federation

**Regional State Healthcare Institution "Medical Information and Analysis Center",
Belgorod, Russian Federation

The ongoing health care reform is aimed at ensuring quality and accessibility of medical care, which should enhance the active life expectancy of the population and is the key to sustainable social and economic development of society. In this regard, the article is devoted to the identification of directions, forms and methods of innovation development and modernization of the Region's health care system based on the organization and priority of the use of primary health care.

The aim of this study is to investigate the status and dynamics of health care development, including its specialized types, to the population of Belgorod Region in recent years, as well as finding out forecasts of its development in the foreseeable future.

Material and methods. In the course of the research on the social and economic issues of providing medical care to the population of the Region methods of system and statistical analysis were used, as well as methods of forecasting and programming of the reproductive systems.

Findings and their discussion. At the present stage of the development of society, reorganization and modernization of the health system in the Region as the basis for solving problems of health care of the population depends on the activity of interagency cooperation, as well as the effectiveness of the health system, addressing its financing, staffing and the level of professionalism, equipping medical institutions with modern equipment, effective methods and techniques for diagnosis and treatment. In this regard priority areas for the development of primary health care as a form of transition to the three-level provision were identified.

Conclusions. It is concluded that as a result of the modernization of the Region health activities medical aid received its development at all levels of its provision, including the level of primary health care and the level of provision of its specialized types. At the same time, health care modernization process of Belgorod Region wasn't carried out systematically, which requires further improvement of health management system in the Region, especially the non-priority of the provision of public hospital care.

Key words: region, modernization of the health care of the area, Belgorod Region, three-level medical care provision.

На современном этапе развития общества реорганизация, 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 его финансирования, укомплектования и уровня профессионализма кадров, оснащения медицинских организаций современным оборудованием, эффективными методами и методиками диагностики и лечения и разработкой адекватной системы мотивации качественной работы специалистов [1]. В этой связи

изучение динамики этих явлений в период модернизации здравоохранения региона приобретает первостепенную значимость и актуальность. Исходя из сказанного, целью данной работы является исследование 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 и 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.

Материал и методы. Методологической основой для достижения цели исследования явились 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 их реализации здравоохранение Белгородской области в 2016 году располагало сетью медицинских организаций, в которую входят: 47 больничных организаций, имеющих в своем составе 54 врачебные амбулатории, 64 центра (отделения) врача общей (семейной) практики (ВОП), 17 самостоятельных амбулаторно-поликлинических организаций; 542 фельдшерско-акушерских пункта (ФАП); 3 станции скорой медицинской помощи (кроме того, 38 станций и отделений, не имеющих статуса юридического лица); 3 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). Для оказания первой помощи в малонаселенных селах и хуторах организовано 42 домовых хозяйства (2014 г. – 1). 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 районной больницы. Всего в 2016 году ПМСП в области оказывалась 135 амбулаторными медицинскими организациями, в которых работало 13 962 человека, из них: врачей – 3 069; среднего медицинского персонала – 6 833; младшего медицинского персонала – 743. За анализируемый период с 2012 по 2016 г. обеспеченность врачебными кадрами амбулаторно-поликлинического звена увеличилась на 8,1% и составила в 2016 г. 20,0 на 10 000 населения (2012 г. – 18,5); а обеспеченность средним медицинским персоналом осталась на прежнем уровне и составила 44,0 (2012 г. – 44,0) на 1 000 населения [5].

Результаты и их обсуждение. В результате проведенной реорганизации мощность амбулаторно-поликлинических медицинских организаций за 2012–2014 годы сократилась всего на 0,8% и составила в 2016 г. 33 662 посещения в смену (2012 г. – 33 923). Соответственно несколько снизилась обеспеченность населения амбулаторно-поликлиническими организациями, которая составила 217,2 посещений в смену на 10 000 населения, что ниже среднего показателя по РФ (РФ, 2015 г. – 226,2). Однако это не повлияло на количество посещений к врачам амбулаторно-поликлинического звена (первичного звена) которое на протяжении этих лет сохраняется в среднем около 9 на 1 жителя в год. В то же время в связи с активным развитием профилактического направления работы первичного звена изменилась структура посещений (см. рисунок 1).

Как видно из рисунка 1, количество посещений с профилактической целью увеличилось на 40% и составило в 2016 г. 3,5 посещения на 1 жителя в год (2012 г. – 2,5), а их доля в структуре посещений увеличилась на 8,7% и соответственно составила 38,7% от общего количества посещений в поликлинике и на дому (2012 г. – 30,0). Доля посещений по поводу заболеваний, наоборот, уменьшилась на 20,3% и составила в 2016 году 5,5 посе-

щений на 1 жителя (для сравнения в 2012 г. – 6,9). Это подтверждает существование тенденции о 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 2016 году, составило 265 636 человек (прошли диспансеризацию 248 058 человек, что составляет 93,4% от плана). С помощью мобильных бригад в рамках диспансеризации обследовано 15,4% населения, а граждан, проживающих в сельской местности – 44,6%. Доля отказов от отдельных исследований составила 3,7%, а доля письменных отказов от диспансеризации в целом – 0,1%. По половому признаку обследованные распределились: мужчины – 44,1%, женщины – 55,9%. По возрасту: 21–35 лет – 31,2%; 36–60 лет – 43,3%; старше 60 лет – 25,5%. По результатам диспансерных осмотров по группам здоровья граждане распределились следующим образом: I группа здоровья – 28,2% (70 004 человека); II группа здоровья – 15,7% (38 854 человека); III группа здоровья – 56,1% (139 200 человек). Частота выявленных поведенческих факторов риска составила: нерациональное питание – 22,4%; низкая физическая активность – 19,4%; избыточная масса тела (ожирение) – 13,5%; курение – 11,9%; риск пагубного потребления алкоголя – 0,7%. Частота выявления патологии составляет (на 1000 обследованных): болезни системы кровообращения – 23,0%; эндокринологические заболевания – 10,5%; болезни органов пищеварения – 5,5%; болезни глаз – 3,4%; болезни органов дыхания – 3,3%; болезни нервной системы – 3,0%; болезни крови – 0,8%; глаукома – 0,6%; злокачественные новообразования – 0,5%. Злокачественные новообразования выявлены следующих локализаций: предстательной железы – 25 человек; трахеи, бронхов, легких – 22; желудочно-кишечного тракта: верхние отделы – 20, нижние отделы – 16.

По результатам диспансеризации приняты следующие решения: установлено диспансерное наблюдение за 24,4% лиц; назначено лечение – 34,1%; направлено на дополнительное диагностическое исследование – 4,7%; направлено на получение специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи – 0,1%; направлено на санаторно-курортное лечение – 2,5% 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 физического, 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 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 пожилому сельскому населению в отдаленных селах и хуторах, проведения осмотров и диспансеризации используются медицинские мобильные бригады (см. таблицу 1).

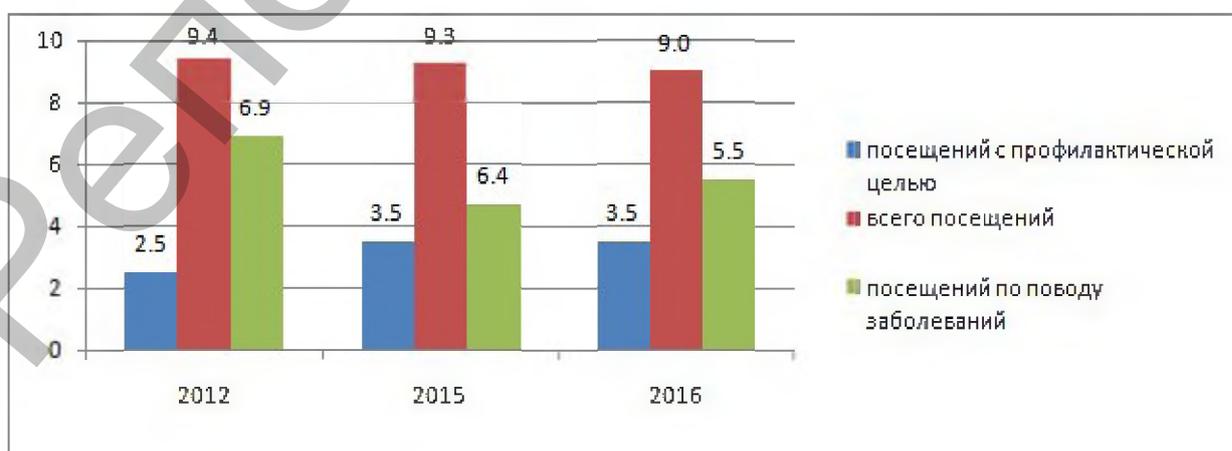


Рисунок 1 – Структура посещений к врачам амбулаторно-поликлинического звена за период с 2012 по 2016 год.

Таблица 1 – Динамика объемов работы врачей мобильных бригад центральных районных больниц области за 2012–2016 годы

М о - б и л ь - н ы е б р и г а - д ы	Количество выездов				Осмотрено (чел.)				Комплексный осмотр диспансерных больных (чел.)			
	2011	2015	2016	2016 к 2011	2011	2015	2016	2016 к 2011	2011	2015	2016	2016 к 2011
Всеми брига- дами	888	1605	1612	181,5	65 088	74 943	74 023	113,7	3 264	38 381	38 250	>в 11,7 р.
Одной брига- дой	37	45	45	121,6	2 712	2 082	2 056	75,8	136	1 066	1 062	>в 7,8 р.

Количество мобильных бригад, созданных при центральных районных больницах (ЦРБ), за 2012–2016 годы увеличилось на 12 бригад и составило 36 (2012 г. – 24) [5]. На 81,5% увеличилось количество их выездов, на 13,7% – число осмотренных жителей, а число диспансерных больных, получивших комплексный осмотр, – в 11,7 раза.

Соответственно увеличивалась нагрузка на каждую бригаду. Для эффективной и качественной работы бригад специалистов использовалось портативное оборудование [8]. Кроме того, с целью повышения доступности ПМСП сельскому населению внедряется использование дистанционных видов помощи, в том числе, возможности телемедицины.

Важная составляющая первичной медико-санитарной помощи – скорая медицинская помощь (СМП). С целью обеспечения населения данным видом помощи в Белгородской области создана 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 15 км, в селе – около 50 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 2016 г. увеличилось и составило 329 вызовов на 1 000 населения (2012 г. – 317), при Федеральном нормативе – 318. Ежедневно по области обслуживается около 1 396 вызовов. В течение года работало 504 бригады (2012 г. – 471), из них: 91 – врачебных (2012 г. – 84), в том числе: 29 бригад интенсивной терапии (2012 г. – 28), 388 – фельдшерских (2012 г. – 335). Кроме того, специализированные бригады: 10 – психиатрических (2012 г. – 10), 15 – педиатрических (2012 г. – 14). Обеспеченность бригадами в 2016 г. составила 3,3 на 10 000 населения (2012 г. – 3,3). Уменьшилась укомплектованность врачебных должностей СМП, и с учетом совместительства она составила

88,1% (2012 г. – 98,6); средним медицинским персоналом – 98,2% (2012 г. – 99,4). Кроме основной задачи служба СМП, осуществляла перевозку инфекционных больных, плановых больных, в том числе больных на гемодиализ и др. За анализируемый период наблюдается увеличение на 0,5% числа перевозок и в структуре вызовов перевозки в 2016 году составили 6,7% (2012 г. – 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 области открываются кабинеты 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 1 000 населения в год. Этому будут способствовать использование программы ГЛОНАС (используется во всех районах области), переход на единую диспетчерскую службу и обслуживание вызовов по принципу ближайшей бригады.

Неоценимое значение в оказании медицинской помощи населению связано с восстановительным лечением и реабилитацией, 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 этапы. 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, оно обеспечивается: в ОГБУЗ (Областное государственное бюджетное учреждение здравоохранения) «Ново-Таволжанская больница медицинской реабилитации» на 192 койках; в отделении медицинской реабилитации ОГКУЗ «Госпиталь ветеранов войн» на 80 коек; 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 2016 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 18 дней, что на 18,2% 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 и поликлиниках центральных районных больниц (ЦРБ). Оснащаются эти кабинеты в офисах семейного врача.

С целью оздоровления населения в системе здравоохранения области имеется 5 санаториев круглогодичного функционирования общей коечной мощностью 850 коек, в том числе: 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 2016 году санаторно-

курортное лечение получило на 8,9% больше человек, и составило 16 198 чел. (2012 г. – 14 870). Из общего числа получивших санаторно-курортное лечение в 2016 году 33,2% составили дети до 17 лет (2012 г. – 37,2).

Для улучшения проведения восстановительного лечения, медицинской реабилитации и санаторно-курортного оздоровления населения области по предложению авторов [6] в Программу включены и реализуются следующие мероприятия: внедрение новых методик восстановительного лечения и реабилитации больных; укрепление материально-технической базы учреждений медицинской реабилитации; оснащение эффективным медицинским оборудованием учреждений, осуществляющих восстановительное лечение и медицинскую реабилитацию; проведение последипломной 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 5 лет в многопрофильных больницах была организована 441 паллиативная койка, в том числе: 430 коек – для взрослых, 11 коек – для детей. Кроме этого, функционирует 35 паллиативных коек для онкологических больных в ОГБУЗ «Областной онкологический диспансер». Обеспеченность паллиативными койками в области составляет 2,8 на 10 000 населения, что значительно выше общероссийского показателя (РФ, 2015 г. – 1,8). В 2016 году на паллиативных койках было пролечено 7 345 человек, больничная летальность снизилась на 2,6% и составила 3,1%. Длительность лечения по данному профилю составляет 13,2 дня, что на 17,5 дней ниже федерального норматива (30 дней) и на 9 дней ниже среднего показателя по РФ (РФ, 2014 год – 22,0 дня). Работа паллиативных коек составила 278 дней в году. Низкие показатели функционирования паллиативных коек объясняются наличием объективных и субъективных причин: продолжалась организовываться служба и учеба специалистов, отработывался 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 прикрепленного населения к данному участку, в том числе на дому. В 2016 году в области показатель смертности составил 13,9 на 1 000 населения (около 2,5 случая на 1 участок в месяц, РФ – 3). Случаев смерти на дому лиц всех возрастов зарегистрировано 1,6 на 1 участок (2012 г. – 1,2). Из них: в возрасте 0–17 лет включительно 0,2% (2012 г. – 0,2), в трудоспособном возрасте (женщины 18–54 года, мужчины 18–59 лет) – 12,7% (2012 г. – 15,2%), старше трудоспособного возраста – 87,1% (2012 г. – 84,6). При проведении анализа смертности на дому авторы особое внимание обратили на группу лиц 0–17 лет включительно и на случаи умерших в трудоспособном возрасте.

Так, за анализируемые годы показатель смертности на дому лиц в возрасте 0–17 лет остался на прежнем уровне, однако показатель младенческой смертности (смертность детей до 1 года) на дому увеличился на 2,6% и составил 3,9 на 100 000 детского населения (2012 г. – 3,8). При этом удельный вес младенческой смертности на дому (этот показатель имеет важное социальное значение, так как особенно высок риск гибели детей из семей социального риска что, прежде всего, зависит от недостаточного ухода родителей за детьми раннего возраста) увеличился на 2,0% и составил 33,3% от всех умерших на дому в возрасте 0–17 лет (2012 г. – 31,3%). Уменьшился на 20,3% показатель числа лиц, умерших на дому в трудоспособном возрасте, который составил 211,6 на 100 000 населения соответствующей возрастной группы (2012 г. – 265,5). Это обстоятельство требует разработки дополнительных мероприятий по профилактике младенческой смертности и продолжения активного проведения профилактики смертности населения трудоспособного возраста [5].

Для государства большое значение имеет снижение финансовых затрат на дорогостоящее стационарное лечение. В этой связи 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 01.01.2016 г. составил 10 934 койки. В зависимости от потребности в оказании тех или иных видов помощи осуществлялась оптимизация дорогостоящих неэффек-

тивно используемых стационарных коек. Так, за последние 5 лет в области было сокращено 1 149 коек круглосуточного пребывания различных профилей. В связи с этим обеспеченность круглосуточным коечным фондом уменьшилась на 10,2% и составила в 2016 году 70,5 на 10 000 населения (2012 г. – 78,5). 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 уровень госпитализации уменьшился на 4,8% и увеличилась на 0,6% работа койки, при той же длительности лечения и росте на 0,7% оборота койки (см. рисунок 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 2016 году функционировали 59 дневных стационаров для взрослых и 7 дневных стационаров для детей. Коечный фонд стационарозамещающих видов помощи составил 2 849 мест и 207 условных мест – в стационарах на дому, которые эффективно использовались. В общей сложности в 2016 году в дневных стационарах было пролечено 92,2 тысяч человек, ими было проведено 982,8 тыс. пациенто-дней, что составляет 633 дня на 1 000 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 системе 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].

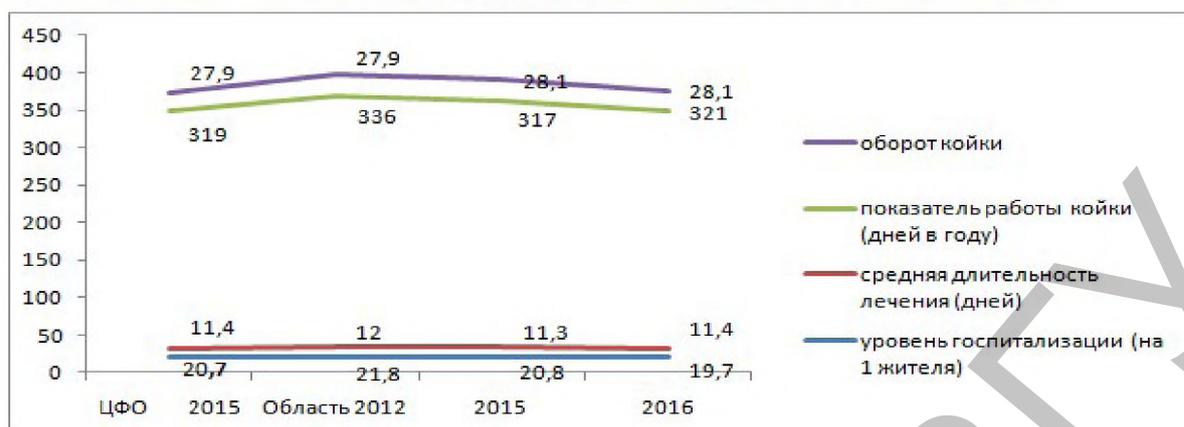


Рисунок 2 – Динамика основных показателей деятельности медицинских стационарных учреждений за 2012–2016 годы.

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 том числе 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 направляются 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, будет способствовать коррекции факторов риска развития заболеваний, предупреждению 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 помощью всего населения 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 50 государственных медицинских организаций. Первый уровень включает 18 медицинских организаций, оказывающих первичную, в том числе первичную специализированную медико-санитарную помощь. Второй уровень охватывает 27 медицинских организаций, на базе которых организованы межмуниципальные центры (отделения) для оказания специализированной медицинской помощи по ведущим профилям: акушерство, неонатология, кардиология, неврология, травматология, инфекция, офтальмология, оториноларингология, хирургия, гастроэнтерология и паллиативная помощь. В их число входит ряд стационарных учреждений и отделений, где оказывается специализированная помощь больным, страдающим социально-значимыми заболеваниями.

Третий уровень включает 5 медицинских организаций, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную медицинскую помощь. 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 406 койками, в том числе 253 – онкологического профиля для взрослых, 18 – для детей, 35 – для оказания паллиативной помощи и 100 – радиологических [5]. В 2016 году работа койки онкологического профиля увеличилась на 4,8% и составила 352 дня в году (2014 г. – 336), при утвержденном показателе на 2016 год – 330 дней. Работа койки с перегрузкой в онкологическом диспансере связана с неэффективным использованием коек в городской больнице № 2 г. Старый Оскол. Всего на онкологических койках было пролечено в 2016 г. 13 950 больных, из них умерло 98 человек, больничная летальность составила 0,7%. Длительность лечения онкологических больных увеличилась на 3,0% и составила 10,4 дней (2014 г. – 10,1). Онкологическую помощь оказывают 89 онкологов при штатной численности 108,75 единиц и занятых – 96,75 единиц. Укомплектованность составила 89%, а коэффициент совместительства – 1,1. Обеспеченность врачами-онкологами за последние 3 года выросла на 9,6% и составила 0,57 на 10 000 населения (2014 г. – 0,52). В поликлинике количество штатных должностей онкологов составило 62,0 единицы, занятых – 57,0 единиц, физических лиц – 45,0 единиц, коэффициент совместительства составил 1,4.

Фтизиатрическую помощь населению оказывают 3 противотуберкулезных диспансера и 1 специализированная противотуберкулезная больница. Общая коечная сеть фтизиатрической службы составляет 430 коек, в том числе 380 коек для взрослых и 50 коек для детей. Обеспеченность туберкулезными койками сократилась на 4,5% и составила 2,77 на 10 000 населения (2014 г. – 2,9). 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 113,5 единиц, занятых – 109,0 единиц. Укомплектованность составила 96,0%, коэффициент совместительства – 1,5 (2014 г. – 1,5). В поликлинике количество штатных должностей – 78,5 единиц, занятых – 74,0 единиц, физических лиц – 54,0 единицы, в том числе 31,0 – участковый фтизиатр. Укомплектованность в поликлинике составила 94,3%, коэффициент совместительства – 1,4.

Психиатрическую помощь жители получают в 3 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 8,5% и представлен 1000 койками, в т.ч. 915 – для взрослых и 40 – для детей, из них 895 – в специализированных стационарах и 20 – в отделении ЦРБ. Обеспеченность койками сократилась на 9,2% и составила 5,9 на 10 000 населения (2014 г. – 6,5). Работа койки составила в среднем 356 дней. В 2016 году пролечено 4 484 больных, из них умерло 23, летальность составила 0,5%. Всего в учреждениях здравоохранения области работает 91 врач-психиатр, в т.ч. 51 в поликлинике при штатной численности 131,0 единиц, из них 54,75 единиц должности психиатров участковых. Занятых должностей – 129,5 единиц. Укомплектованность составила 63,0%, коэффициент совместительства – 1,6. Обеспеченность врачами-психиатрами за последние 3 года осталась на одном уровне и составила 0,6 на 10 тыс. населения (2014 г. – 0,6).

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 составляет 128 коек, в т.ч. 120 – в наркологических диспансерах и 8 – в ЦРБ. Обеспеченность койками составила 0,83 на 10 тыс. населения (ЦФО в 2015 г. – 1,57). Работа койки составила 345 дней. В 2016 году пролечено 3 956 больных, из них умерло 6 чел., больничная летальность – 0,15%. Всего в учреждениях здравоохранения области 116,5 штатных должностей психиатров-наркологов, занято всего 108,5 единиц (2014 г. – 112,5). В поликлинике количество штатных должностей – 98,25 единиц, занятых – 90. Фактически работает 66 врачей психиатров-наркологов, в т.ч. 53 – в поликлинике. Обеспеченность врачами-наркологами сократилась на 2,3% и составила 0,43 на 10 000 населения (2014 г. – 0,44). 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: 97 коек дерматологического профиля, 7 коек – венерологического. Обеспеченность дерматологическими и венерологическими койками составляет 0,67 на 10 тыс. населения (ЦФО в 2015 г. – 0,56). Работа дерматовенерологиче-

ских коек в 2016 году в среднем составила 328 дней. Всего в учреждениях здравоохранения области 97,0 штатные должности дерматовенерологов, занято – 93,75 единиц (96,6%). В поликлинике количество штатных должностей 88,0 единиц, занятых – 84,75 единиц (96,3%). Фактически работают 78 врачей-дерматовенерологов, в т.ч. 73 – в поликлинике. Обеспеченность врачами-дерматовенерологами сократилась на 25,4% и составила 0,5 на 10 000 населения (2014 г. – 0,67). Коэффициент совместительства составил – 1,2, в поликлинике – 1,16.

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 и 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 2016 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 муниципальные и областные учреждения здравоохранения, так и в медицинские учреждения федерального подчинения.

В области имеют лицензии на оказание высокотехнологичной медицинской помощи пять медицинских организаций. В 2016 году было пролечено в этих учреждениях на 61,3% больше пациентов и их число составило 4 619 (2014 г. – 2 864), из них 1 206 – не включенных в базовую программу ОМС и 3 413 – за счет средств обязательного медицинского страхования (ОМС). В ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница (ОКБ) Святителя Иоасафа» ВМП оказывается по 10 лицензированным профилям, в том числе: нейрохирургия, неонатология, онкология, сердечнососудистая хирургия, травматология и ортопедия, трансплантология, абдоминальная хирургия, урология, акушерство и гинекология.

Всего в 2016 году в этой больнице оказана ВМП 1 206 больным, в том числе:

- абдоминальная хирургия – 23;
- акушерство и гинекология – 55;
- нейрохирургия – 96;
- неонатология – 0;

- онкология – 50;
- офтальмология – 50;
- сердечно-сосудистая хирургия – 295;
- травматология и ортопедия (эндопротезы) – 295;
- трансплантология – 12;
- урология – 11 [5].

Анализ показал, что за 2014–2016 годы объем оказания ВМП в ОКБ уменьшился на 0,7% за счет как организационных, так и технических причин. Динамика объемов ВМП, оказанной в ОКБ за 2014–2016 годы, показана в табл. 2.

Из них умерло 23 пациента (2014 г. – 15). Больничная летальность составила 1,9% (2014 г. – 1,2). Средняя длительность пребывания больного на койке в ОКБ за 2014–2016 годы показана в таблице 3.

Как видно из таблицы 3, средняя длительность пребывания больного на профильных койках ВМП следующая: абдоминальная хирургия – 17 дней (2014 г. – 16), акушерство и гинекология – 10 (2014 г. – 10), сердечно-сосудистая хирургия – 17 (2014 г. – 15), травматология и ортопедия – 14 (2014 г. – 12), нейрохирургия – 17 (2014 г. – 20), онкология – 17 (2014 г. – 15), трансплантология – 39 (2012 г. – 42), урология – 11 (2014 г. – 14), офтальмология – 6 (2013 г. – 10). Таким образом, средняя длительность лечения уменьшилась на 0,6 дня и составила 14,8 дня (2014 г. – 15,4) [5].

Кроме того, в 2016 году за счет средств обязательного медицинского страхования выполнено 3 413 объемов высокотехнологичной медицинской помощи по 12 профилям с открытием талонов в информационно-аналитической Программе МЗ России (в 2014 г. – 1 696 по 8 профилям без занесения в Программу МЗ).

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 2016 г. ДОКБ имела бессрочные лицензии по следующим профилям: неонатология, оториноларингология, онкология, педиатрия, урология-андрология, гематология, абдоминальная хирургия, травматология и ортопедия.

Количество детей, получивших ВМП, за последние 3 года увеличилось. Так, в федеральные медицинские учреждения направлено 1 446 (2014 г. – 1 248) детей, в том числе на ВМП – 850 (2014 г. – 748), СМП – 596 (2014 г. – 500), из них выполнено кардиохирургических операций – 37 (2014 г. – 171). На базе ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа» кардиохирургические операции проведены 17 детям (2014 г. – 12). За счет средств обязательного медицинского страхования в 2016 году, с открытием талонов в информационно-аналитической Программе МЗ России (без занесения

в Программу МЗ), пролечены 762 ребенка по следующим профилям: абдоминальная хирургия – 23; акушерство и гинекология – 20; гематология – 35; нейрохирургия – 79; онкология – 79; офтальмология – 168; сердечно-сосудистая хирургия – 180; травматология и ортопедия – 101; урология – 41; эндокринология – 36.

В ОГБУЗ «Белгородский онкологический диспансер» в 2016 году для оказания ВМП было выделено 294 (2014 г. – 177) квоты, из них 134 (2014 г. – 10) – по областному бюджету, 15 – по федеральному бюджету и 145 – в рамках программы ОМС. По состоянию на 01.01.2017 года квоты были освоены на 100%, как и в предыдущие 4 года.

В МБУЗ «Городская клиническая больница № 1» и МБУЗ «Городская больница № 2 г. Белгорода» выполнены 93 высокотехнологичные операции (заменено 78 тазобедренных суставов, 15 – коленных), в том числе за счет средств ОМС – 88 операций (8 625 254 руб.) и 5 – на платной основе.

В ОГБУЗ «Городская больница № 2» увеличились объемы оказания ВМП на 48% и за 2016 год выполнено 734 высокотехнологичные операции (2014 г. – 496), в том числе: 158 – замена суставов (33 – 2014 г.), 544 – на органах зрения (2014 г. – 463), 29 – по оториноларингологии и 3 – неонатологии, в том числе 310 операций – за счет средств ОМС, 424 – за счет средств областного бюджета.

Таким образом, высокотехнологичная медицинская помощь населению области оказывается как в областных учреждениях здравоохранения, так и в медицинских учреждениях федерального подчинения за счет средств областного и федерального бюджетов, средств ОМС и внебюджетных источников. За последние годы объем ВМП увеличился (кроме областной клинической больницы Святителя Иоасафа). Так, только за последний год он вырос на 1,7% (с 5,8 тыс. до 5,9 тыс. больных), в т.ч. с 137 до 343 случаев на платной основе.

Таблица 2 – Динамика объемов оказания ВМП в областной клинической больнице за 2014–2016 годы

Профиль ВМП	Объемы ВМП по годам (человек)		
	2014 г.	2015 г.	2016 г.
Абдоминальная хирургия	30	20	23
Акушерство и гинекология	60	59	55
Нейрохирургия	127	104	96
Неонатология	–	–	–
Онкология	70	50	50
Офтальмология	98	101	50
Сердечно-сосудистая хирургия	587	727	614
Травматология и ортопедия	231	284	295
Трансплантология	7	12	12
Урология	5	12	11
Итого	1 215	1 369	1 206

Таблица 3 – Динамика средней длительности лечения и летальность в областной клинической больнице за 2014–2016 годы (в днях)

Профиль ВМП	2014 г.	2015 г.	2016 г.
Абдоминальная хирургия	15,9	14	17
Акушерство и гинекология	9,8	10	10
Нейрохирургия	19,8	20	17
Неонатология	–	–	–
Онкология	14,6	20	17
Офтальмология	9,5	7	6
Сердечно-сосудистая хирургия	15,1	15	17
Травматология и ортопедия	19,4	16	14
Трансплантология	41,8	35	39
Урология	13,8	15	11
Летальность, в %	1,2	1,7%	1,9

Заключение. 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 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 качественного труда медицинских 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, 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.

ЛИТЕРАТУРА

1. Калиниченко, Л.А. Этапность внедрения организационно-экономического механизма управления поликлиникой / Л.А. Калиниченко // *Здравоохранение*. – 2004. – № 3. – С. 181–186.
2. Павлов, К.В. Инновационная экология как перспективное научное направление / К.В. Павлов. – Ижевск: Изд-во «Шелест», 2016. – 360 с.

3. Баранов, А.А. Интенсификация: Экономический и социальный аспект / А.А. Баранов. – М.: Экономика, 1983. – 255 с.
4. Карташов, Ю.Т. Качество медицинской помощи: ожидания и действительность / 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 / М.А. Степчук // *Статсборник*. ОГКУЗ «МИАЦ». – Белгород, 2015. – 200 с.
6. Степчук, М.А. Развитие перспективных форм организации и финансирования первичного звена здравоохранения региона в условиях модернизации российской экономики / М.А. Степчук, Т.М. Пинкус, К.В. Павлов. – Ижевск: Изд-во «Шелест», 2015. – 356 с.
7. Кацура, С.Н. Становление инновационной системы в Украине: национальный и региональный аспекты / С.Н. Кацура. – Донецк: Ин-т экономики промышленности НАН Украины, 2011. – 504 с.
8. Колесников, С.И. Экономические основы природопользования / С.И. Колесников. – М.: Дашков и Ко, 2011. – 304 с.
9. Ляшенко, В.И. Наноэкономика в славянских странах СНГ / В.И. Ляшенко, К.В. Павлов, М.И. Шишкин // *Сер. Экономическое славяноведение*. – Ижевск: Книгоград, 2011. – 348 с.
10. Маркс, К. Капитал. Процесс капиталистического производства, взятый в целом: соч. / К. Маркс, Ф. Энгельс. – 2-е изд. – М., 1962. – Т. 25, ч. 2. – 551 с.
11. Меркин, Р.М. Дискуссионные проблемы теории интенсификации строительного производства / Р.М. Меркин, О.Г. Соловьева // *Изв. акад. наук. Сер. Экономическая*. – 1984. – № 4. – С. 33–40.
12. Павлов, К.В. Патологические процессы в экономике / К.В. Павлов. – М.: Магистр, 2009. – 458 с.
13. Сорокин, Г.Н. Интенсификация социалистического воспроизводства / Г.Н. Сорокин // *Вопросы экономики*. – 1985. – № 3. – С. 3–13.
14. Титова, Т.Д. Эффективность интенсификации на внутренних водоемах: монография / Т.Д. Титова. – Калининград: Калинингр. гос. ун-т, 1971. – 138 с.
15. Тихонов, И.А. Основы интенсивного экономического развития / И.А. Тихонов. – М.: Мысль, 1979. – 198 с.
16. Теория инновационной экономики / под ред. О.С. Белокрыловой. – Ростов н/Д, 2009. – 376 с.
17. Экономический механизм и особенности инновационной политики на Севере / 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 / под ред. В.П. Лебедева. – М.: Мысль, 1975. – 255 с.
19. Еделев, Д.А. Инновационные факторы социально-экономического развития российской промышленности / Д.А. Еделев, Е.В. Ляпунова // *Вестн. Северо-Осетин. гос. ун-та им. К.Л. Хетагурова*. – 2014. – № 4. – С. 250–255.
20. Клочков, В.В. Управление развитием «зеленых» технологий: социально-экономические аспекты / В.В. Клочков, С.В. Ратнер. – М.: ИПУ РАН, 2013. – 291 с.

Поступила в редакцию 01.09.2017 г.