

21. Соціальна відповідальність : навч. посіб. / [А. М. Колот, О. А. Грішнова, О. О. Герасименко та ін.]; за заг. ред. д.е.н., проф. А. М. Колота. – К. : КНЕУ, 2015. – 519 с.

22. Панькова А.Д. [Шастун А.Д.] Про інноваційні моделі управління трудовою сферою в аспекті соціальної відповідальності / А.Д. Панькова // Соціальна економіка. – 2015. – №1. – С.117-123.

23. Коваль Н.В. Відповідальність в системі соціально-трудо-вих відносин [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://conf.ztu.edu.ua/wp-content/uploads/2016/11/154.pdf>.

Надійшла до редакції 28.11.2016 р.

***К.В. Павлов, д.э.н.,
М.А. Степчук, к.м.н.,
Т.М. Пинкус***

НАПРАВЛЕНИЯ РАЗВИТИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ В УСЛОВИЯХ МОДЕРНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ (на примере Белгородской области)

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 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 указанных явлений в период модернизации здравоохранения региона приобретает первостепенную значимость и актуальность. Целью данного исследования является изучение состояния и динамики развития медицинской помощи (в том числе специализированных её ви-

© К.В. Павлов, М.А. Степчук,
Т.М. Пинкус, 2016

дов) 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; оценка и состояния здравоохранения и организация медицинской помощи Белгородской области с приоритетом первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) и специализированной (в том числе высокотехнологической) помощи, а также формирование прогноза их развития на ближайшую перспективу. Методологической основой для достижения цели исследования стал комплексный подход с использованием методов статистического и сравнительного анализа [2]. С их помощью проанализированы различные аспекты организации медицинской помощи жителям региона и дана её оценка и перспективы развития.

Для их реализации здравоохранение Белгородской области в настоящее время располагает сетью медицинских организаций, в которую 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 её профилактического направления с конечной целью увеличения продолжительности жизни и сокращения смертности населения [3]. Параллельно развивалась специализированная, в том числе высокотехнологическая 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 2014 г. ПМСП в области оказывалась 133 амбулаторными медицинскими организациями, в которых работало 14 454 человека, из них: врачей – 3 109; среднего медицинского персонала – 6 989; младшего медицинского персонала – 1 977. За анализируемый период с 2012 по 2014 г. обеспеченность врачебными кадрами амбулаторно-поликлинического звена увеличилась на 8,1% и составила в 2014 г. 20,1 на 10000 населения (2012 г. – 18,5); а обеспеченность средним медицинским персоналом увеличилась на 2,7% и составила 45,2 (2012 г. – 44,0) на 1000 населения.

В результате проведенной реорганизации мощность амбулаторно-поликлинических медицинских организаций за 2012-2014 гг. сократилась всего на 0,3% и составила в 2014 г. 33 812 посещений в смену (2012 г. – 33 923). Соответственно несколько снизилась обеспеченность населения амбулаторно-поликлиническими организациями, которая составила 218,7 посещений в смену на 10000 населения, что ниже среднего показателя по ЦФО (Центральный федеральный округ) (ЦФО 2013 г. – 234,5). Однако это не повлияло на количество посещений к врачам 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 приведенной диаграммы, количество посещений с профилактической целью увеличилось на 32% и составило в 2014 г. 3,3 посещения на 1 жителя в год (2012 г. – 2,5), а их доля в структуре посещений увеличилась на 5,5% и соответственно составила 35,5% от общего количества посещений в поликлинике и на дому (2012 г. – 30,0). Доля посещений по поводу заболеваний, наоборот, уменьшилась на 13,0% и составила 6,0 посещений на 1 жителя в год в 2014 г. (для сравнения в 2012 г. – 6,9). Это подтверждает существование тенденции переориентации работы врачей первичного звена на профилактическую работу [5]. С этой целью проводилась диспансеризация определенных групп взрослого населения Белгородской области – общее число граждан, подлежащих

диспансеризации в 2014 г., составило 301 258 человек (прошли диспансеризацию 301 478 человек, что составляет 100,1% от плана).

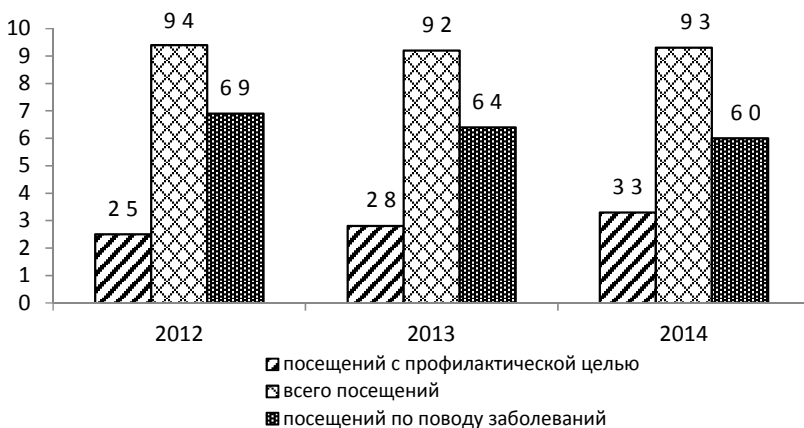


Рис. 1. Структура посещений врачей амбулаторно-поликлинического звена за период с 2012 по 2014 г.

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 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; гла-

укома – 0,57. Кроме этого, выявлены злокачественные новообразования следующих локализаций: молочной железы – 180 случаев; 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 пожилого сельского населения в отдалённых сёлах и хуторах, проведения осмотров и диспансеризации используются медицинские мобильные бригады. Количество мобильных бригад, созданных при центральных районных больницах (ЦРБ), за 2012-2014 гг. увеличилось на 7 бригад и составило 36 (2012 г. – 29). На 34,6% увеличилось количество их выездов, на 30,6% – число осммотренных 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 повышения доступности ПМСП сельскому населению внедряется использование дистанционных видов помощи, в том числе возможности телемедицины.

Таблица 1

Динамика объёмов работы врачей мобильных бригад центральных районных больниц (ЦРБ) области за 2012-2014 гг.

Мобильные бригады	Количество выездов				Осмотрено (чел.)				Проконсультировано (чел.)			
	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2014 г. к 2012 г., %	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2014 г. к 2012 г., %	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2014 г. к 2012 г., %
Всеми бригадами	1131	1397	1522	134.6	81548	99592	106494	130.6	8149	21584	44292	>в 5.4 р.
Одной бригадой	39	42	42	107.7	2812	2906	2958	105.2	281	654	1230	>в 4.4 р.

Важной составляющей первичной медико-санитарной помощи является 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 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 расчёта 20-минутной транспортной доступности. Число выездов бригад скорой медицинской помощи в 2014 г. снизилось и составило 316 вызовов на 1000 населения (2012 г. – 317), при Федеральном нормативе – 318. Ежедневно по области обслуживается около 1341 вызова. В течение года работало 493 бригады (2012 г. – 471), из них: 79 – врачебных (2012 г. – 84), 362 – фельдшерских (2012 г. – 335), 29 – бригад интенсивной терапии (2012 г. – 28), 10 – психиатрических (2012 г. – 10), 13 – педиатрических (2012 г. – 14). Обеспеченность врачебными бригадами в 2014 г. снизилась и составила 0,31 на 10 000 населения (2012 г. – 0,33), фельдшерскими – 0,23 (2012 г. – 0,22) Уменьшилась укомплектованность врачебных должностей СМП и с учетом совместительства она составила 92,9%

(2012 г. – 98,6); средним медицинским персоналом – 98,7% (2012 г. – 99,4). Кроме основной задачи служба СМП осуществляла перевозку инфекционных больных, плановых больных, в том числе больных на гемодиализ и другие. За анализируемый период наблюдается уменьшение на 4,4% числа перевозок (с 30457 в 2012 г. до 29093 в 2014 г.) и в структуре вызовов перевозки в 2014 г. составили 6% (2012 г. – 6,2).

В целях рационального использования СМП проводится работа по переадресовке больных с неотложными состояниями (в часы работы поликлиник) участковой службе. Для 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 населения в год. Этому будет способствовать использование программы ГЛОНАС, переход на единую диспетчерскую службу и обслуживание вызовов по принципу ближайшей бригады.

Важное значение имеет оказание медицинской помощи населению, связанное с восстановительным лечением и реабилитацией [10]. В Белгородской области создана многоуровневая система восстановительного лечения и медицинской реабилитации, включающая 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. Кроме этого, оно обеспечивается 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 г. 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 используется восстановительное лечение и медицинская реабилитация на базе физиотерапевтических отделений (кабинетов), кабинетов ЛФК, массажа в городских поликлиниках области, Яковлевской, Новоскольской, 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 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 2014 г. санаторно-курортное лечение получило 16 198 человек, что на 9,2% больше, чем за 2012 г. Из общего числа получивших санаторно-курортное лечение в 2014 г. 29,8% составили дети до 17 лет (2012 г. – 37,2).

Для улучшения оказания медицинской помощи по восстановительному лечению, медицинской реабилитации и санаторно-курортному оздоровлению населения области по предложению авто-

ров 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 учреждения, осуществляющего 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 том числе 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 населения, что значительно выше общероссийского показателя (РФ 2013 г. – 0,21). В 2014 г. 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 г. – 22,0 дня). Работа паллиативных коек составила 273 дня в году. Низкие показатели функционирования паллиативных коек объясняются наличием объективных и субъективных причин: продолжала организовываться служба и учёба 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 2014 г. в области зарегистрирован 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 г. – 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 г. – 32 случая, или 0,2%), в трудоспособном возрасте (женщины 18-54 года, мужчины 18-59 лет) – 2 357 случаев, или 15,9% (2012 г. – 2 460 случаев, или 15,2%), старше трудоспособного возраста – 12 466 человек, или 84,0% (2012 г. – 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 детского населения (2012 г. – 12,0). Однако показатель младенческой смертности (смертность детей до 1 года) на дому увеличился на 8,0% и составил 4,1 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 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 г. – 31,3%). Увеличился на 0,9% и показатель числа лиц, умерших на дому в трудоспособном возрасте, который составил 267,9 на 100 000 населения соответствующей возрастной группы (2012 г. – 265,5). Это обстоятельство требует разработки дополнительных мероприятий по профилактике как младенческой смертности, так и смертности населения трудоспособного возраста на дому.

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 его вид. 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 г. составил 11 994 койки. В зависимости от потребности в оказании тех или иных ви-

дов 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 г. 77,6 на 10 000 населения (2012 г. – 78,5), этот показатель ниже среднего по ЦФО (ЦФО 2013 г. – 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).



Рис. 2. Динамика основных показателей деятельности медицинских стационарных учреждений за 2012-2014 гг.

Для компенсации объёмов стационарной помощи за эти годы развиты более экономичные стационарозамещающие виды медицинской помощи: дневные стационары при поликлиниках и днев-

ные стационары на дому. В 2014 г. функционировал 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 г. 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 осуществлялся переход на трёхуровневое оказание медицинской помощи и внедрялись новые формы организации ПМСП, в первую очередь в пилотных районах: переход на более эффективную и менее затратную трёхэтапную стандартизованную организационную систему её оказания первого уровня с приоритетом профилактики; развитие этой системы в сельской местности по принципу врача общей практики; приведение к стандартам уровня оснащённости медицинских организаций, широкое использование межрайонных центров и других эффективных подходов и методов, обеспечивающих повышение качества и социально-экономическую эффективность первичной помощи [18]. 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. Кроме этого, использовалось привлечение инвесторов, государственно-частное партнёрство и иные формы. Сегодня от состояния первичной медико-санитарной помощи зависит 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 незащищённых 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, в соответствии со статьей 15 Федерального закона от 28 декабря 2013 г. № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации». При этом профилактические мероприятия будут направлены на снижение смертности населения от основных причин: cerebrovasкулярные 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 обязателен контроль параметров таких факторов, как артериальное давление, липидный спектр, глюкоза крови. Всё это позволит на первом уровне оказания медицинской помощи выявлять заболевания на ранних стадиях развития и обострение хронических заболеваний, заниматься их оздоровлением, коррекцией факторов риска развития заболеваний, не допускать госпитализацию в круглосуточный стационар и применять специализированную, в том числе высокотехнологичную медицинскую помощь.

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 для 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 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. В 2014 г. средняя длительность работы койко-места онкологического профиля снизилась на 6,2% и составила 336 дней в году (2012 г. – 358), при утверждённом показателе на 2014 г. – 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 г. 13 057 больных, из них умерло 67 человек, больничная летальность составила 0,5%. Больничная летальность от злокачественных новообразований во всех стационарах области составила 1,8% (2012 г. – 1,3%). Длительность лечения онкологических больных увеличилась на 7,9% и составила 10,9 дней (2012 г. – 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 населения (2012 г. – 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 населения (2012 г. – 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 г. – 1,5). В поликлинике количество штатных должностей – 80,0 единиц, занятых – 75,75 единиц, физических лиц – 54 единицы, 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 том числе 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 населения (2012 г. – 6,6), по РФ (2013 г.) обеспеченность психиатрическими койками составила 10,0. Работа койко-места составила в среднем 327 дней. В 2014 г. пролечено 4 918 больных, из них умерло 27. Больничная летальность составила 0,55%. Всего в учреждениях здравоохранения области работает 88 врачей психиатров, в том числе 49 в поликлинике при штатной численности 139,75 единиц, из них 56,75 единиц должности психиатров участковых. 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. населения (2012 г. – 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 том числе 120 в наркологических диспансерах и 10 – в ЦРБ. Обеспеченность койками составила 0,84 на 10 тыс. населения (РФ в 2013 г. – 1,7). Работа койки-места составила 328 дней. В 2014 г. пролечено 3 815 больных, из них умерло 16 человек,

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 г. – 118,0 и 112,5 соответственно). В поликлинике количество штатных должностей 95,5 единиц, занятых – 93 (97,4%). Фактически работает 68 врачей психиатров-наркологов, в том числе 55 – в поликлинике. Обеспеченность врачами наркологами увеличилась на 10,0% и составила 0,44 на 10 000 населения (2012 г. – 0,4). Коэффициент совместительства составил – 1,6, в поликлинике – 1,7.

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. населения (РФ в 2013 г. – 0,91). Работа дерматовенерологических коек в 2014 г. 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 единицы, занятых – 82,75 единиц (98,5%). Фактически работают 78 врачей дерматовенерологов, в том числе 72 – в поликлинике. Обеспеченность врачами дерматовенерологами увеличилась на 19,0% и составила 0,5 на 10 000 населения (2012 г. – 0,42). Коэффициент совместительства составил 1,2, в поликлинике – 1,15.

Таким образом, населению области оказывается специализированная медицинская помощь на всех трёх уровнях, в том числе больным, страдающим социально значимыми заболеваниями [20]. Однако для её 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 объём этой помощи характеризует уровень развития ПМСП и в обратнопропорциональной степени эффективность её функционирования. В 2014 г. в рамках реализации подпрограммы 3 государственной программы «Развитие здравоохранения Белгородской области на 2014-2020 годы» проводился отбор паци-

ентов, 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 5 медицинских организаций, в том числе: 3 – областных и 2 – муниципальных. В 2014 г. 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 средства из бюджетов всех уровней в размере 195,8 млн руб. (2013 г. – 291,7), из них: 167,3 млн руб. из областного бюджета (2013 г. – 225,4) и 28,5 млн руб. из федерального бюджета (2013 г. – 66,4). В 2014 г. всего поступило средств 195,1 млн руб. (дефицит – 0,4% за счёт всех бюджетов). Фактически израсходовано всего 204,3 млн руб. (в том числе остаток средств 2013 г. – 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, сердечно-сосудистая хирургия, ортопедия (эндопротезы), травматология и ортопедия, трансплантология, абдоминальная хирургия, урология, акушерство и гинекология.

Всего в 2014 г. 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;
- сердечно-сосудистая хирургия – 587;
- травматология и ортопедия (эндопротезы) – 200;
- трансплантология – 7;
- урология – 5.

Анализ показал, что за 2012-2014 гг. объём оказания ВМП в ОКБ увеличился на 14,4%, однако в сравнении с 2013 г. он уменьшился на 28,9% за счёт снижения финансирования из областного и федерального бюджетов. Динамика объёмов ВМП, оказанной в ОКБ за 2012-2014 гг., показана в табл. 2.

Таблица 2

Динамика объемов оказания ВМП в ОКБ за 2012-2014 гг.

Профиль МП	Объемы ВМП по годам (человек)		
	2012	2013	2014
Абдоминальная хирургия	-	-	30
Акушерство и гинекология	100	-	60
Нейрохирургия	120	160	127
Неонатология	100	100	-
Онкология	105	182	70
Офтальмология	-	-	98
Сердечно-сосудистая 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

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

В ОГБУЗ «Детская областная клиническая больница» (ДОКБ) по мере получения лицензий на осуществление медицинской деятельности расширилось оказание ВМП по профилям и увеличился её объём. Так, в 2014 г. 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 г. – 177), в том числе по профилям: травматология и ортопедия – 34; онкология – 40; педиатрия – 83; неонатология – 13; урология – 20; отоларингология – 14. Наряду с этим уменьшилось на 37,1% число детей, направленных в федеральные медицинские учреждения, которое составило 1 248 (2012 г. – 1 984) детей, в том числе: для получения ВМП – 748 (2012 г. – 1 639), по СМП – 500 (2012 г. – 345), из них выполнено кардиохирургических операций – 159 (2012 г. – 82). Кроме того, на базе ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа» кардиохирургических операций проведено на 50,0% меньше (2012 г. – 24). Таким образом, за анализируемые годы в целом по области объем ВМП детям уменьшился на 26,2%.

Таблица 3

Динамика средней длительности лечения и летальность в ОКБ за 2012-2014 гг., в днях

Профиль ВМП	2012	2013	2014
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
Сердечно-сосудистая 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, %	1,1	1,0	1,2

В ОГБУЗ «Белгородский онкологический диспансер» в 2014 г. для оказания ВМП было выделено 177 квот по областному бюджету и 10 квот – по федеральному. По состоянию на 01.01.2015 г. 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 объёмы ВМП по замене крупных суставов.

Высокотехнологична медицинская помощь населению области оказывается в муниципальных и областных учреждениях здравоохранения, а также в медицинских учреждениях федерального подчинения за счёт средств областного и федерального бюджетов, средств ОМС и внебюджетных источников. Однако за последние три года финансирование ВМП за счёт средств бюджетов снизилось на 32,9%, что привело к уменьшению объёмов ВМП на 11,8% и соответственно увеличению времени ожидания её 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. При осуществлении процесса оптимизации объёмов стационарной помощи медленно реорганизовывалась и совершенствовалась система оказания амбулаторной помощи. Росли требования к специалистам и к показателям объёма их работы, в том числе по оформлению документации, и это при дефиците кадров и отсутствии в ряде медицинских организаций достаточного количества средств на адекватную мотивацию 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, в том числе высокотехнологичной, без своевременной отсрочки их реализации. Все это требует дальнейшего совершенствования системы управления, организации и реализации мероприятий по внедрению трёхуровневого оказания медицинской помощи населению, а также внедрению оптимальной стандартизированной системы организации её 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. Буздалов И.Н. Экономическая эффективность интенсификации сельскохозяйственного производства / И.Н. Буздалов. – М.: Колос, 1966. – 173 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 пром-сти НАН Украины, 2011. – 504 с.
8. Колесников С.И. Экономические основы природопользования / С.И. Колесников. – М.: Дашков и К°, 2011. – 304 с.
9. Ляшенко В.И. Наноэкономика в славянских странах СНГ. Серия: Экономическое славяноведение / В.И. Ляшенко, К.В. Павлов, М.И. Шишкин. – Ижевск: Книгоград, 2011. – 348 с.
10. Маркс К. Капитал (Книга 3-я). Процесс капиталистического производства, взятый в целом // Маркс К., Энгельс Ф. Соч. 2-е изд. – Т. 25. – Ч. 2. – 551 с.
11. Меркин Р.М. Дискуссионные проблемы теории интенсификации строительного производства / Р.М. Меркин, О.Г. Соловьева // Известия академии наук. Серия 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: Калининградский 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. Ляпунцова // Вестник Северо-Осетинского государственного университета 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 10.08.2016 г.

Ю.М. Харaziшвили, д.э.н.,

Н.Н. Якубовский, д.э.н.,

В.И. Ляшенко, д.э.н.,

С.В. Иванов, д.э.н.,

Е.В. Котов, к.э.н.,

А.Ю. Ляшенко

СТРАТЕГИЯ «НОВОЙ РАЗУМНОЙ ИНДУСТРИАЛИЗАЦИИ» ГОРОДОВ ПРОМЫШЛЕННЫХ РЕГИОНОВ УКРАИНЫ

Современная наука выработала две концепции, которые уже несколько десятилетий конкурируют между собой, – постиндустриальную и «разумную неоиндустриальную» («smart new industrial»).

© Ю.М. Харaziшвили, Н.Н. Якубовский,
В.И. Ляшенко, С.В. Иванов,
Е.В. Котов, А.Ю. Ляшенко, 2016