



ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ЗДОРОВЬЕСБЕРЕЖЕНИЕ

УДК 614.2+26.89

МОДЕЛЬ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ БЕЛГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ

М.А. СТЕПЧУК¹
Т.М. ПИНКУС¹
Д.П. БОЖЕНКО²
О.А. ЕФРЕМОВА³

¹⁾ *Медицинский информационно-аналитический центр, г. Белгород*

²⁾ *Чернянская центральная районная больница, Белгородская область*

³⁾ *Белгородский государственный национальный исследовательский университет*

e-mail: m.stepchuk@km.ru

В статье авторы осветили разработанную ими модель развития здравоохранения региона до 2020 года, предусматривающую повышение доступности, качества медицинской помощи, развитие профилактики, патронажной службы, восстановительного лечения и реабилитации.

Ключевые слова: профилактика, патронаж, реабилитация, доступность и качество медицинской помощи.

В последние годы большое внимание уделяется развитию здравоохранения и укреплению здоровья населения. Право каждого гражданина на сохранение и укрепление здоровья закреплено Конституцией РФ и федеральным законом РФ от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Президент, вступив в свои права, издал первый Указ от 07.05.2012 г. №598 и он был «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения». Минздравсоцразвития, во главе с новым министром, в соответствии со статьей 32 выше отмеченного закона, издали приказ от 15.05.2012 г. № 543Н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению», в котором приоритетное значение придается первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) и её профилактической направленности. Рассматривается Правительством РФ проект программы развития здравоохранения до 2020 года с акцентом на повышение доступности и качества медицинской помощи [3-5].

В Белгородской области право граждан обеспечивается: реализацией государственных, региональных и муниципальных программ укрепления здоровья и профилактики заболеваний населения, оздоровлением среды обитания человека и условий его жизнедеятельности; проведением гигиенических и противоэпидемических мероприятий, широкой информированностью населения; воспитанием санитарной культуры населения всеми ведомствами, сопричастными с охраной здоровья. Разрабатывается программа развития здравоохранения региона на 2013-2015 годы.

Ориентация здравоохранения РФ на развитие стационарной медицинской помощи привела к недофинансированию ПМСП, недостаточной обеспеченности участ-



ковыми врачами, низкой оснащенности поликлиник диагностическим оборудованием, не позволяющей оказывать качественную медицинскую помощь. В результате наблюдается рост хронических и запущенных заболеваний, что приводит к высокому уровню госпитализации, вызовов скорой медицинской помощи, увеличению затрат на дорогостоящее лечение с применением высоких технологий. В этой связи растёт потребность в высоко технологичной помощи и ускоренными темпами идет её развитие (хотя при этом решается проблема здоровья только отдельной, малочисленной категории хронических больных). Соответственно растут расходы на здравоохранение. Этому способствует также инфляция, рост расходов на содержание и развитие всех ресурсов, обновление и развитие основных фондов здравоохранения.

Поэтому авторы считают, что в условиях дефицита финансирования необходимо средства использовать по приоритетным проблемам. Об этом Президент РФ ещё в сентябре 2005 г. на расширенном заседании правительства отметил, что сегодня необходимо делать практические шаги в реализации приоритетных национальных проектов в таких областях, как здравоохранение, образование, жилье. Эти сферы определяют качество жизни людей и социальное самочувствие общества. Решение именно этих вопросов прямо влияет на демографическую ситуацию в стране и, что крайне важно, создает необходимые стартовые условия для развития так называемого «человеческого капитала» [3].

В результате реализации на территории Белгородской области приоритетного национального проекта «Здоровье», пилотного проекта, направленного на повышения качества оказания медицинской помощи, программы модернизации здравоохранения на 2011-2012 гг., за период 2006-2011 гг. в регионе отмечается рост рождаемости на 14,7% и показатель составил 10,9 на 1 000 населения (2006 г. – 9,5), однако она более чем на 12% ниже от среднего показателя по РФ; смертность уменьшилась на 7,8% и показатель составил 14,1 на 1 000 населения (2006 г. – 15,3), но она почти на 5% выше среднего уровня по РФ. В структуре смертности по-прежнему первые место занимают болезни системы кровообращения, которые составили в 2011 г. 69,0%, новообразования – 14,0%, травмы, отравления и воздействие внешних причин – 6,8%. Младенческая смертность уменьшилась на 41,9%, и показатель составил 5,0 на 1 000 родившихся живыми (2006г. – 8,6). Таким образом, демографическая ситуация в регионе несколько улучшилась, однако остаётся неблагоприятной, а в сравнении со средними показателями по РФ, она более напряжённая, диаграмма 1.

Демографические показатели

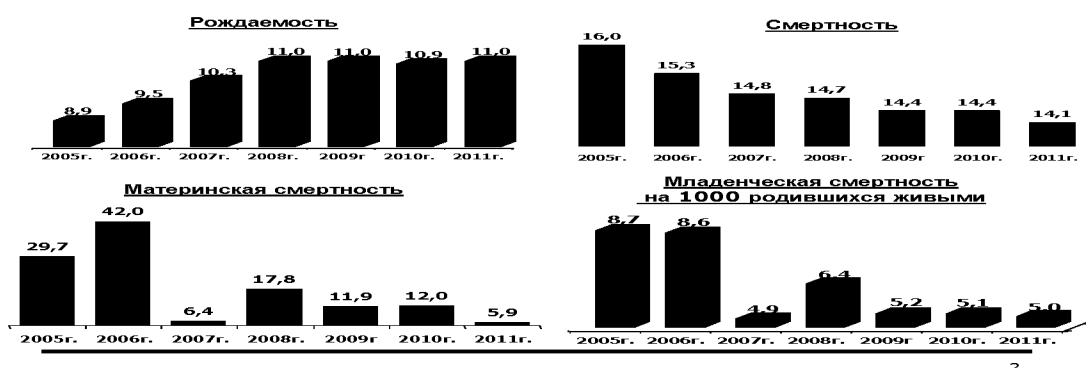


Диаграмма 1. Демографические показатели Белгородской области

Общая заболеваемость взрослого населения области за 7 лет увеличилась на 1,0% и составила в 2011 году 160 235,6 на 100 000 взрослого населения (2005 г. – 158 632,3). Заболеваемость сельского населения увеличилась на 3,7%. Значительно ниже общероссийских показателей заболеваемость детского населения, которая соста-



вила в 2011 г. – 218 657,7 на 100 000 соответствующего населения (2006 г. – 202 881,7), РФ – 245 409,6. Социально значимые заболевания имеют положительную тенденцию к снижению. В течение 2006-2011 гг. заболеваемость хроническим вирусным гепатитом «В» уменьшилась на 32,5%, и показатель составил 38,71 на 100 000 населения (2006 г. – 57,34); хроническим гепатитом «С» – на 18,0% и показатель составил 33,26 (2006 г. – 40,58); уровень общей заболеваемости туберкулезом снизился на 35,0% и показатель составил 40,5 (2006 г. – 62,3), по РФ – 77,4; заболеваемость психическими расстройствами снизилась на 33,5%, и показатель составил 266,1 (2006 г. – 400,2), по РФ – 358,3. Сократилось общее число больных алкоголизмом, стоящих под диспансерным наблюдением на 12,1%, показатель составил 58,6 на 100 000 населения (2006 г. – 66,7), по РФ – 75,0. Увеличился показатель пятилетней выживаемости при онкозаболеваниях на 2,3% и показатель составил 49,1 (2006 г. – 48,0), по РФ – 51,0.

К факторам риска развития заболеваний в области мы отнесли: курение, избыточную массу тела, гиподинамию, потребление алкоголя и наркотиков, высокий уровень артериального давления, холестерина и сахара в крови, психоэмоциональные нагрузки. Общепризнано, что скрининговые исследования являются одним из основополагающих принципов обнаружения факторов риска и раннего выявления заболеваний. Проведенный нами анализ данных скринингов показал, что охват населения обследованиями за последние 5 лет увеличился: на выявление употребления наркотиков на 45,1%; курение – в 2,1 раз, ожирение – на 90,2%, гипертензия – на 86,7%, холестерин – в 2,2 раза, психоэмоциональные напряжения – на 96,5%, сахар крови – на 9,9%. Увеличилась и выявляемость этих факторов в среднем на 25,1%. Количество реализованного в регионе алкоголя (включая водку, ликёроводочные изделия, вина, коньяки, шампанское, слабоалкогольные напитки и пиво) уменьшилось на 16,9% и составило в 2011 г. 54,5 декалитр на душу населения (2005 г. – 65,6). Реализация табачных изделий (папиросы, сигареты) уменьшилась на 4,4% (показатель мы рассчитали с учётом удорожания, который за эти годы составил 312,5).

Теперь врачи участковой службы области имеют возможность проводить профилактическую работу с использованием данных, полученных при проведении скринингов на раннее выявление болезней и в соответствии с факторами риска. К ним только за 2011 год сделано с профилактической целью 1 168 774 посещения. Осмотрено в порядке профилактических и периодических осмотров 162 678 человек, дополнительной диспансеризации – 34 447 человек работающего населения, 2 114 детей, находящихся в трудной жизненной ситуации и 14 325 детей в возрасте 14 лет. Всего с профилактической целью осмотрено 32% от общего числа посещений к врачам участковой службы. Осмотренные распределились по группам здоровья: I группа – 20,3%; II – 12,3%; III – 65,1%; IV – 2,2%; V – 0,1%. Выявленные больные оздоровлены (в среднем, по данным ЦРБ, на 90%) в стационарах, амбулаторных условиях, в санаториях и домах отдыха. Кроме того, в отделения (кабинеты) медицинской профилактики в 2011 г. обратились 132,9 тыс. человек (2010 г. – 125,8; 2009 г. – 129,1), из них направлено к специалистам 53,8 тыс. человека (2009 г. – 35 192), дано консультаций – 135,0 тыс. (2009 г. – 49 927). Было проведено 6 078 региональных, городских, районных мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни (ЗОЖ) у населения области, борьбу с вредными привычками, в которых приняли участие 461 100 человек. Количество школ здоровья в ЛПУ за анализируемые годы увеличилось на 5,8% и составило 468. В 2011 г. в школах обучено 88,5 тыс. человек, в среднем – 189 на 1 школу. Структура школ: артериальной гипертензии – 25,0%, сахарному диабету – 6,0%, бронхиальной астме – 4,0%, беременных – 16,6%, заболеваниям суставов – 1,3%, сердечной недостаточности – 0,8%, прочих – 46,3%. В рамках программы «Охрана и укрепление здоровья здоровых на 2004-2010 гг.» с 1 декабря 2009 года в области открыты 5 центров здоровья для взрослых, которые были оснащены современным диагностическим оборудованием. Это позволило ускорить работу по выявлению и коррекции факторов риска, которые в дальнейшем приводят к развитию заболеваний. В 2010 г. дополнительно открыты 2 центра здоровья для детей. За этот период центры здоровья посетило более 42 397 человек, у 25 851 (83,1%) взрослых и 6 135 (54,7%) детей выявлены факторы риска,



в структуре которых преобладают изменения сердечно-сосудистой системы (65,4%), психоэмоциональное напряжение (51,3%), избыточная масса тела и нерациональное питание (36,2%). Всем пациентам с выявленными факторами риска составлены индивидуальные программы оздоровления и коррекции факторов риска. 16 000 чел. были направлены к различным специалистам АПУ для дополнительного обследования и уточнения диагноза.

Проводимая профилактическая работа, повышение качества лечебной работы, включая работу сосудистых отделений и кардиохирургического центра, реализация целевых проектов и программ, увеличение социальных льгот способствовали снижению заболеваемости населения области и напряжённости демографической ситуации, увеличению продолжительности жизни. Этому также способствовала реализация, разработанной областной межведомственной программы «Формирование здорового образа жизни у населения Белгородской области на 2011-2012 годы» [1, 2]. Дальнейшая реализация программных мероприятий позволит усилить профилактическую направленность работы участковой службы, повысить ответственность граждан за состояние своего здоровья, сформировать у них потребность в сохранении и укреплении своего здоровья, создать фундамент для внедрения последующих профилактических мероприятий, повысить качество и доступность профилактической медицинской помощи. Однако существует ещё много нерешённых проблем. Так, центры медицинской профилактики слабо укомплектованы подготовленными специалистами; центров здоровья недостаточно (за 2 года они охватили до 42 тыс. чел., что составляет всего 2,7% от всего населения); недостаточно активное участие и сотрудничество специалистов образования, культуры, по делам молодежи, физкультуры и спорта, представителей православной церкви и общественных организаций; мало полноценных отделений медицинской профилактики в каждом ЛПУ, оснащённых современным оборудованием, которые возглавляют подготовленные врачи. Отчёт о выполненных медицинских услугах в поликлинике по-прежнему осуществляется по посещениям. Очень короткий перечень профилактических услуг, которые оплачиваются в системе ОМС. Это не мотивирует в достаточной степени участкового врача к проведению профилактической работы, не позволяет масштабно и своевременно выявлять факторы риска и осуществлять скрининговые обследования населения для раннего выявления заболеваний, приводящих к преждевременной смертности населения, в том числе трудоспособного возраста [1, 2].

Состояние здоровья и уровень смертности населения отражается на показателе продолжительности жизни, которая в 2011 г. составила для всего населения – 71,5 лет, что значительно ниже развитых стран Европы.

По нашему мнению, несмотря на положительную динамику ряда показателей здоровья населения и некоторого снижения напряжённости демографической ситуации в регионе, требуется дальнейшая переориентация социально-экономической политики на сохранение человеческого капитала. Если не будут предприняты действенные меры по реорганизации и модернизации социальной сферы и системы здравоохранения, то динамика показателей здоровья населения в ближайшие годы будет оставаться негативной.

В результате реорганизации и реструктуризации в период 2006-2011 гг. количество учреждений, оказывающих стационарную медицинскую помощь населению, уменьшилось на 9,0% и составило 71 (2006 г. – 78). В последнее десятилетие проводилась оптимизация круглосуточных коек. Только за 2006 – 2011 гг. обеспеченность койками уменьшилась на 15,3% и составила 79,4 на 100 000 населения (2006 г. – 93,7). Однако, несмотря на это, в области не удалось значительно сократить число больных, направляемых для лечения в стационары. Показатель госпитализации снизился на 3,5% и составил 22,4% (2000 г. – 25,8), а в большинстве стран Европы – он не превышает 20%. Благодаря применению современных методов лечения уменьшилась длительность лечения на койках круглосуточного пребывания на 10,9% и составила – 11,9 (2006 г. – 13,2), увеличился оборот койки на 12,5% и составил – 27,9 (2006 г. – 24,8), увеличилась работа койки на 0,9% и составила – 333 (2006 г. – 330).



Количество амбулаторно-поликлинических учреждений с 2006 по 2011 год увеличилось на 16,9% и составило 194. В целях доступности медицинского обеспечения сельских жителей в муниципальных образованиях области развернута сеть врачебных амбулаторий, центров (отделений) общей врачебной практики, ФАП-ов. В оказании ПМСП участковый терапевт по-прежнему сегодня является ключевым звеном. Однако число ВОП в Белгородской области постепенно увеличивается и по состоянию на 01.01.2012 г. оно составило 251 ВОП или 27,0% от числа врачей участковой службы и 5,3% от числа всех врачей (РФ – всего 8,5% и менее 1%, соответственно). Сравнительный анализ работы ВОП в сельской местности и ВОП участка городской поликлиники показал, что ВОП в городской поликлинике не принимает детей и взрослых больных по разрешённым «узким» специальностям, а общие показатели их работы ниже, чем у ВОП сельского участка. Это подтверждает выводы о более эффективной работе ВОП в сельской местности. Кроме того, медицинскую помощь населению оказывают 265 юридических лиц частной форм собственности и 241 индивидуальный предприниматель. Широко развита в области сеть частных стоматологических клиник.

В здравоохранении области работает 34 956 сотрудника (2005 г. – 30 209), число врачей в 2011 г. в сравнении с 2005 годом увеличилось на 1,9%, а средних медицинских работников – уменьшилось на 0,25% (без учёта находящихся в декретном отпуске). Соответственно увеличился на 0,6% показатель обеспеченности врачами, и составил 35,3 на 10 000 населения (2005 г. – 35,1), РФ – 41,8. В первые годы (2006-2008 гг.) реализации мероприятий проекта «Здоровье» обеспеченность врачами увеличилась на 2,9%, в период реализации пилотного проекта она продержалась практически на одном уровне, с середины 2010 г. и в 2011 г. снизилась на 1,9%. Дефицит врачей в целом по области увеличился на 6,0% и составил 34,8% (2005 г. – 28,8%), в амбулаторно-поликлинических учреждениях он составил 29,8%. Снижение обеспеченности врачами и рост дефицита связаны с одной стороны проводимой реструктуризацией, с другой – снижением престижности профессии (увеличение ответственности за результаты своего труда, низкая заработная плата в муниципальных и государственных учреждениях здравоохранения и ведение большого количества учётно-отчётной документации). Такая же ситуация по средним медицинским работникам. Обеспеченность ими уменьшилась на 1,7%, показатель составил 107,2 на 10 000 населения (2005 г. – 109,1), РФ – 87,6. Дефицит средних медицинских работников увеличился на 6,7% и составил 18,3% (2005 г. – 11,6%).

За 2005-2011 гг. в результате реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» и предоставления некоторых региональных социальных льгот для врачей первичного звена (предоставление жилья, выделение бесплатно участков и беспроцентных ссуд на строительство жилья, частичная оплата строительства и др.), наметилась положительная тенденция в укомплектовании кадров. Дефицит врачей участковой службы в городе уменьшился за 7 лет на 10,3% и составил в 2011 г. 5,3% (2005 г. – 15,6%), в т.ч. участковых терапевтов – на 10,7% и составил в 2011 г. 6,0%; участковых педиатров – на 10,3% и составил 1,3%, ВОП – на 17,6% и составил 9,7%. Уменьшился на 8,9% дефицит участковых терапевтов в сельских районах. Анализ результатов проведенного анкетирования показал, что специалисты первичного звена, работающие в сельской местности, и интерны, планируемые работать в селе, имеют острую потребность в социальной поддержке. В том числе: 50% – в покупке жилья, 29,0% – в выделении земельного участка под строительство дома, 12,5% – в строительстве жилого дома и 4% – в погашении кредита на строительство жилого дома и покупке машины. С целью решения данной проблемы, разработан и реализуется территориальный проект «Земский доктор». В соответствии с проектом производятся компенсационные выплаты молодым специалистам (до 35 лет), направленным или работающим в сельских ЛПУ, в размере 1 млн. руб. + 100 тыс. руб. на строительство жилого дома. Планируется решение социальных, в т.ч. жилищных, проблем 52 медицинским работникам. Принимаемые меры должны улучшить доступность медицинской помощи на селе не менее чем 47 000 жителям. В целом укомплектованность первичного звена врачебными кадрами (физическими лицами) составляет 90,4%. Положительная тенденция в обеспе-



ченности данными специалистами и сохранении их численности на протяжении нескольких лет дает возможность развивать ПМСП как одного из приоритетных направлений в реорганизации структуры здравоохранения области на период до 2012 и последующие годы. В результате анализа установлено, что в регионе высокий процент врачей предпенсионного и пенсионного возраста. Так, до 35 лет трудилось на конец 2011г. в городе 22,7% врачей, в селе – всего 16,7%; в возрасте от 35 до 55 лет – в городе 52,3%, в селе – 53,8%; старше 55 лет – в городе каждый 4-й (25%), в селе – почти каждый 3-й (29,5%). Самый высокий процент работающих пожилых врачей отмечен среди следующих специальностей: терапевтов, трансфузиологов, педиатров, фтизиатров, клинической лабораторной диагностики, рентгенологов.

Сказывается на доступности медицинской помощи отсутствие во многих ЛПУ области современных медицинских технологий. Дефицит финансирования на протяжении многих лет отрицательно сказался на состоянии материально-технической базы учреждений здравоохранения и оснащении современным лечебно-диагностическим оборудованием. За анализируемые годы израсходовано на строительство, реконструкцию и капитальные ремонты 4,3 млн. руб. Однако эти мероприятия только частично решили проблему. В настоящее время из 412 зданий 9,7% требуют капитального ремонта и 9,2% – текущего ремонта, завершения ранее начатого строительства требуют 7 объектов. Это особенно выражено в сельской местности. Материально-техническая база сельских ЛПУ сегодня не соответствует современным требованиям: 4,4% зданий не имеют центрального водоснабжения, 31,5% – горячего водоснабжения, 12,1% – центрального отопления, 92,0% – автономного энергоснабжения. 46,8% ФАП-ов нуждаются в капитальном ремонте, 14,6% – дооснащении инструментарием, 51,1% – глюкометрами и ЭКГ-ми, 85,9% – автотранспортом. Соответственно тормозится применение эффективных медицинских технологий и не только из-за отсутствия средств на их приобретение, но и отсутствия в ряде ЛПУ соответствующих помещений для их размещения. Более 17% имеющегося медицинского оборудования имеет срок эксплуатации свыше 10 лет и 100% износ, около 22% – от 6 до 10 лет с более чем 50% износом, и только 61% оборудования эксплуатируется не более 5 лет и имеет износ 30-40%. Из-за этого страдает доступность населения в современных методах обследования и лечения, особенно сельского населения.

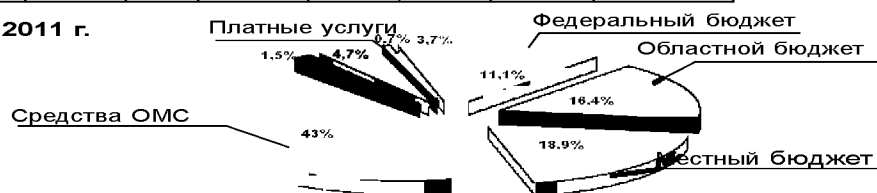
С целью увеличения доступности медицинской помощи сельскому населению используется выездной метод работы. В соответствии с графиком в отдалённые сёла выезжают участковые терапевты и педиатры, ВОП, районные специалисты для проведения профосмотров, оказанию лечебно-диагностической и консультативной помощи. Так, проведённый автором анализ выездов врачей одного из районов показал, что число выездов терапевтов и ВОП на ФАП-ы прикрепленных сёл увеличилось на 11,3%, число осмотренных – на 12,1%, и число проконсультированных ими больных – на 43,9%.

Отмечено, что в регионе имеет место несбалансированность гарантированных объемов медицинской помощи с объемом финансирования и медицинских ресурсов. Территориальная программа государственных гарантий бесплатной медицинской помощи населению (ТПГГ) за изучаемый период имела дефицит финансирования около 30% (2008г. – без дефицита). В 2010г. дефицит достиг 38,4%, на 2011 г. был запланирован – 33%, факт – 24,0% (часть дефицита покрыта за счёт федеральных средств, выделенных по программе модернизации на информатизацию). Соответственно были занижены расценки на медицинские услуги, что отрицательно сказалось на финансировании деятельности ЛПУ, объёме доплат за конечные результаты труда медицинских работников. Не закончено строительство и капитальные ремонты многих ЛПУ, мало приобреталось современного медицинского оборудования, недостаточно обеспечивалось лечение больных с применением эффективных дорогостоящих лекарственных средств. Около 60% средств направлялось на обеспечение стационарного лечения. С 2005 г. доля финансирования здравоохранения из областного бюджета уменьшилась на 7,1%, местного бюджета – на 4,5%, федерального – на 3,9%. Наряду с этим на 3,4% увеличилось финансирование из прочих источников и на 0,6% – за счёт ДМС.

Расходы на здравоохранение (без капитальных вложений)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2011 к 2005
Федеральный бюджет		900,4	875,8	1063,5	1076,9	861,6	1237,5	137,4
Областной бюджет	936	1192,9	1708	2273,9	1412,2	1443,1	1829,9	195,5
Местный бюджет	932,7	1196,4	1502,6	2063,2	1919,7	1842,5	2108,9	> в 2,3р
Средства ОМС	1745,3	2247,8	2619,9	3361,7	3770,5	3966,1	4810,8	> в 2,8р
Средства ФСС	107		142,8	168,6	191	179,6	169,3	158,2
Средства домохозяйств	246,8	409,3	510,5	624,3	698	617,9	527,5	> в 2,1р
ДМС	3,2	10,8	14,9	22,2	21,3	34,8	81,7	> в 25,5р
Прочие	10,6	31,7	15,9	89,9	99,9	256,1	415,2	> в 39,2р
ВСЕГО	3981,6	5989,3	7390,4	9667,3	9189,5	9201,7	11180,8	> в 2,8р

Структура расходов в 2011 г.



5

Рис. 1. Структура расходов на здравоохранение Белгородской области в 2011 году

На основании данного исследования можно сделать вывод, что при всех положительных моментах проводимых реформ в Белгородской области сложилась не самая эффективная модель здравоохранения. Отмечается недостаточная доступность медицинской помощи сельского населения, наличие очереди в поликлиниках ряда ЦРБ и городских больниц, наличие жалоб населения, перевыполнение рядом ЛПУ до 5, а отдельными – до 15% муниципального задания на койках круглосуточного пребывания по отдельным профилям. С 2005 по 2012 год было подготовлено 364 ВОП, из которых (по состоянию на 1 января 2012 г.) 103 (28,0%) не работали по специальности (руководители учреждений, заведующие отделениями, участковые терапевты и педиатры, врачи СМП и др.), 10 – находились в декретном отпуске. Отмечено наличие большого количества «узких» специалистов в городских поликлиниках при наличии ВОП (4-я поликлиника г. Белгорода – 16 ВОП и – 31 «узкий» специалист по 15 специальностям; 6-я поликлиника – 25 ВОП и 50, соответственно), недостаточно средств на выплаты врачам первичного звена отдельных надтарифных коэффициентов, в том числе стимулирующих КМП и профилактическую работу. На оплату растущей потребности в высокотехнологичной помощи ограничены средства бюджетов всех уровней и нет их (по данным большинства авторов) у более 70% населения.

С целью сохранения накопленного позитивного опыта в сфере организации здравоохранения и обеспечения поступательного развития медицины региона, повышения доступности и качества медицинской помощи предлагается использовать следующую модель, представленную на рис. 2. В соответствии со ст.33 закона РФ №323-ФЗ предусмотрено 4 уровня оказания медицинской помощи населению: первичная медико-санитарная помощь, специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь, скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь, паллиативная медицинская помощь. С учётом того, что скорая медицинская помощь (СМП) рассматривается вместе с ПМСП, в своей модели мы включили три последовательных уровня, функциональная взаимосвязь которых направлена на решение следующих задач:

1. Поэтапная переориентация до 60% объема оказания медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях (далее – АПУ). Она будет реализовываться путём интенсификации работы стационаров с применением современных технологий с соответствующим оснащением оборудованием и кадрами, что позволит сокра-

тить сроки лечения больных и направить их на долечивание в АПУ, с одной стороны, что приведёт к высвобождению части ресурсов для развития амбулаторно-поликлинического звена. С другой стороны, приоритетное развитие профилактики и создание в амбулаторном звене патронажной службы, отделения восстановительного лечения и реабилитации, отделения диагностики и кратковременного интенсивного лечения (при приёмных отделениях ЦРБ и городских многопрофильных больниц) с соответствующим оснащением и укомплектованием специально подготовленными кадрами уменьшит уровень вызовов СМП и уровень стационарной, включая высокотехнологичную, помощи. Также этому будет способствовать широкое использование стационарозамещающих видов медицинской помощи, в том числе стационар на дому и стационаров одного дня; развитие восстановительного лечения и реабилитации при АПУ и в стационарах; создание отделений (центров) реабилитации во всех ЦРБ, городских больницах и поликлиниках. Преимуществом будет обеспечиваться соблюдением единого стандарта (протокола ведения больного), с разбивкой его по видам медицинской помощи (интенсивное лечение – долечивание – восстановительное лечение и реабилитация).

2. Приоритетное развитие ПМСП и её профилактической направленности, в том числе для детей. Создание в текущем году 100 школьных центров здоровья на базе общеобразовательных учреждений с численностью учащихся свыше 800 человек. Развитие центров здоровья и центров медицинской профилактики, включая их оснащённость и подготовку кадров. Основой профилактики должно стать формирование здорового образа жизни (ЗОЖ), иммунобиопрофилактика, школы здоровья, выявление и коррекция факторов риска, диспансеризация всех групп населения, проведение санитарно-противоэпидемических мероприятий. Мотивация медицинских работников первичного звена должна быть за эффективность профилактики (уровень здоровья прикрепленного населения). Для оценки эффективности использовать утверждённые критерии оценки конечных результатов труда. Учёт объёмов работы медработников первичного звена осуществлять не по количеству посещений, а по показателям, отображающим здоровье прикрепленного населения. В этой связи мы считаем, что приоритетное развитие ПМСП, особенно её профилактической направленности, повышение значимости ведущей роли в этом участкового врача должно вести к значительному улучшению не только структурной эффективности муниципального здравоохранения, повышению качества, доступности и экономичности медицинской помощи, эффективному использованию ресурсов, но самое главное – изменению ориентации населения на здоровый образ жизни, профилактику заболеваний, укрепление здоровья прикрепленного населения.

3. Создание шести межтерриториальных центров, оснащённых в соответствии со стандартами и укомплектованные квалифицированными кадрами, позволит обслуживать все население Белгородской области по основным профилям, определяемых в зависимости от специфики проживаемого населения. Формирование потоков больных по этапам оказания медицинской помощи в соответствии с Порядками её оказания и медицинским районированием. Концентрация в межтерриториальных центрах и крупных муниципальных учреждениях здравоохранения первичной специализированной стационарной медицинской помощи, а первичной специализированной амбулаторной – в поликлиниках и дневных стационарах при АПУ. Специализированную, включая высокотехнологичную, помощь оказывать в областных ЛПУ и крупных городских больницах городов Белгорода и Ст. Оскола.

4. Реструктуризировать более 300 коек, выполняющих социально ориентированные задачи, в учреждения социальной защиты муниципального уровня, за счёт дополнительного развёртывания в социальной защите домов сестринского ухода (далее – ДСУ), хосписов, домов-интернатов, центров реабилитации.

5. Развитие санаториев и создание на их базе отделений (центров) реабилитации, в том числе совершенствование санаторно-курортного лечения беременных женщин и женщин, после перенесенных воспалительных заболеваний репродуктивной системы, оперативных вмешательств.

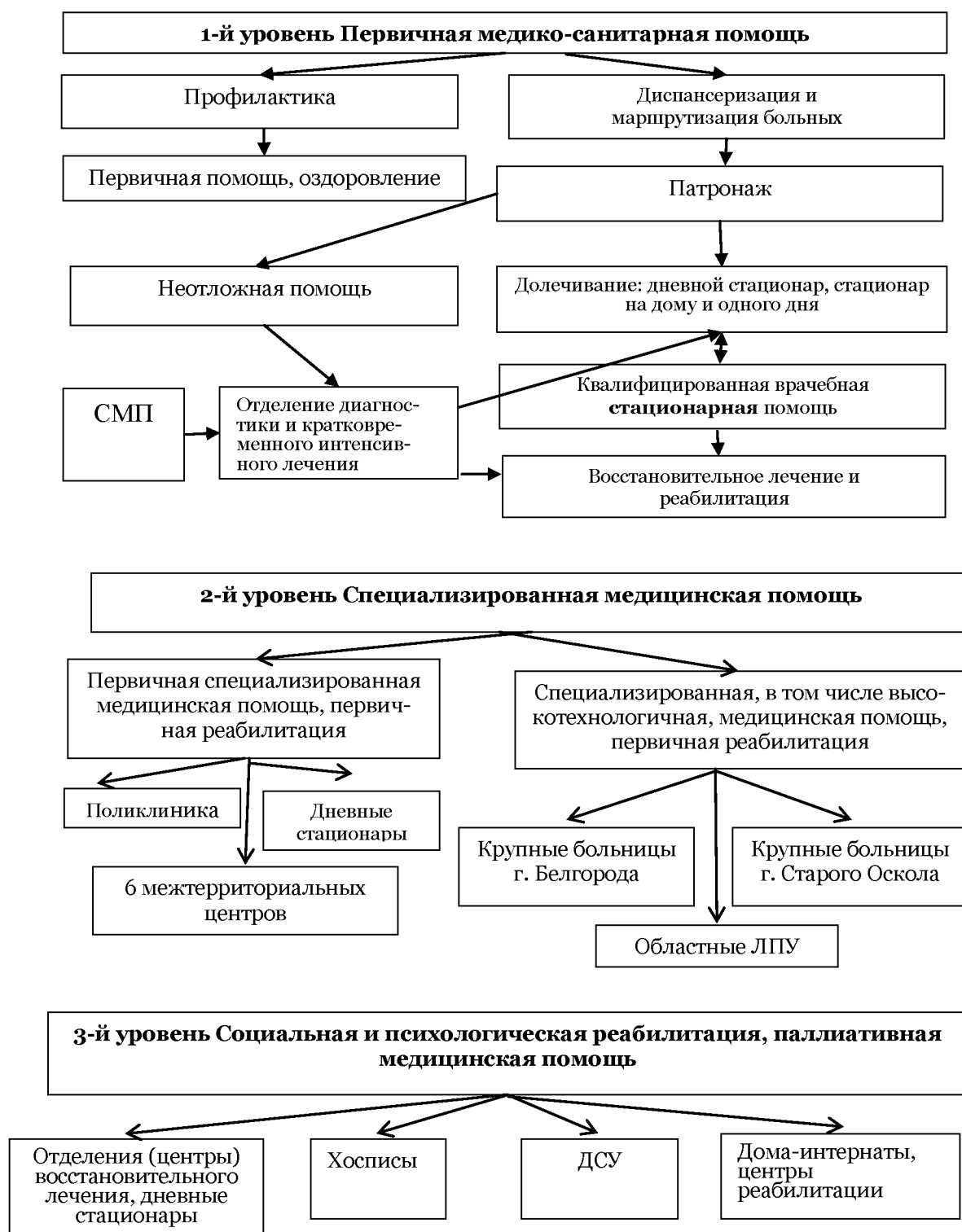


Рисунок 2. Модель оказания медико-социальной помощи населению Белгородской области

6. Совершенствование работы с кадрами. Эта задача будет реализована по следующим направлениям: совершенствование планирования подготовки и распределения кадровых ресурсов, увеличение доли целевого приема в общем числе абитуриентов, поступающих на обучение за счет бюджетных средств, совершенствование ее нормативной базы и порядка взаимодействия заинтересованных сторон при оформлении



направлений на целевую подготовку специалиста, а также системы отбора и приема абитуриентов в медицинские образовательные учреждения, в т.ч. с использованием психологического тестирования;

– с целью снижения напряжённости кадровых проблем в первичном звене здравоохранения провести нормативное закрепление права специалистов оказывать медицинские услуги по определенной смежной специальности в отдаленных не крупных ЛПУ и возложение на фельдшера (акушерку) отдельных функций лечащего врача (в рамках приказа Минздравсоцразвития РФ от 23.03.2012 г. №252-н) при оказании ПМСП;

– совершенствование системы непрерывного профессионального образования/развития (НПР) с использованием накопительного модульного принципа, предусматривающего обучение специалистов по различным (содержанию и срокам обучения) программам, состоящих из последовательных обучающих модулей, каждый из которых имеет логическую завершенность и может быть пройден в качестве отдельного самостоятельного компонента с выдачей соответствующего документа. Создание условий для доступности дополнительного профессионального образования не только внутри страны, но и за ее пределами, в том числе с применением дистанционных технологий;

– внедрение инновационных форм и методов в системе управления персоналом: применение в медицинских организациях новых кадровых технологий; максимальное использование кадрового резерва как основного источника обновления и пополнения кадрового состава руководителей ЛПУ; обеспечение открытости и прозрачности организации работы медицинских учреждений, что будет способствовать профилактике коррупции. Решение этих вопросов будет осуществлено в 2012-2014 г.г. при реализации проектов «Открытая медицина» и «Разработка и внедрение системы определения рейтинга эффективности управления кадровым ресурсом ЛПУ».

В качестве экономической основы масштабной реструктуризации сети учреждений здравоохранения, ориентированных на профилактику, реабилитацию, «долечивание» и других услуг в амбулаторных условиях, целесообразно перейти на одноканальное финансирование здравоохранения с подушевым принципом распределения средств между территориями и продолжать совершенствование механизма частичного фондодержания. В результате повышается заинтересованность первичного звена и поликлиники в увеличении объема внебольничной помощи, уменьшении числа необоснованных госпитализаций и вызовов скорой медицинской помощи. Появляется реальная заинтересованность в сохранении здоровья своих пациентов.

Развитие государственно-частного партнерства (ГЧП) планируется в рамках готовящегося закона Белгородской области «Об участии Белгородской области в проектах государственно-частного партнерства». В настоящее время по ТППГ работает 9 коммерческих организаций первичной сети. Имеется опыт подготовки инвестиционных договоров на оказание высокотехнологичной медицинской помощи. Для полноценной и эффективной реализации механизмом ГЧП, в том числе привлечения большего числа субъектов рынка платных медицинских услуг, на федеральном уровне необходимо ввести в правовое поле решение следующих вопросов:

- расчет тарифа на медицинские услуги для коммерческих организаций первичной сети, работающих в системе ГЧП;
- унификация требований для инвестиционных договоров ГЧП;
- регулирование процедуры софинансирования лечения пациентов в коммерческих медицинских организациях.

Таким образом, ключевым принципом Модели является приоритетное развитие первичной медико-санитарной помощи и её профилактической направленности, развитие патронажной службы, восстановительного лечения и реабилитации, повышение интенсивности работы стационарных учреждений и их структурных подразделений, приведение к требованиям стандарта материально-технической базы, оснащения и кадровые ресурсы. Обязательным условием является переход на одноканальное финансирование здравоохранения с подушевым принципом распределения средств меж-



ду территориями и продолжение совершенствования механизма частичного фондо-держания, развитие частной медицины и ГЧП.

Это позволит к 2020 году уменьшить длительность лечения на койках круглосуточного пребывания до 5-7 дней (2011 г. – 11,9), уменьшить уровень госпитализации до 16,0 на 100 жителей (2011 г. – 22,4), увеличить оборот койки до 32,0 (2011 г. – 27,9), уменьшить число вызовов СМП до 280 на 1 000 населения (2011 г. – 317); изменить мотивацию врачей первичного звена в повышении уровня здоровья прикрепленного населения, увеличить выявляемость заболеваний на ранних стадиях, снизить влияние, выявленных факторов риска.

Для более полной оценки результатов внедрения предложенной Модели в период 2013-2014 гг. целесообразно отработать Модель на отдельных территориях региона, а затем внедрить в работу здравоохранения региона в целом, с учётом результатов пилотной апробации. С целью снижения риска нереализации предложенной модели необходимо совершенствовать законодательную и нормативную базу здравоохранения Российской Федерации и региона в части подзаконных актов, регулирующих деятельность вновь создаваемых отделений и служб.

Литература

1. Степчук, М.А. Состояние здоровья населения и деятельности учреждений здравоохранения Белгородской области. Статистико-аналитический сборник / М.А. Степчук. – Белгород, – 2001, 2002, 2003, 2004, 2000-2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2006-2011. – с. от 120 до 210.
2. Степчук, М.А. Государственный доклад о состоянии здоровья и деятельности здравоохранения Белгородской области / М.А. Степчук. – Белгород, – 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011. – с. от 80 до 120.
3. Федеральным законом РФ от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
4. Указ Президента РФ от 07.05.2012 г. №598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения».
5. Приказ Минздравсоцразвития, РФ от 15.05.2012 г. № 543 Н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению».

MODEL ORGANIZATION OF MEDICAL CARE BELGOROD REGION

M.A. STEPCHUK¹

T.M. PINKUS¹

D.P. BOZHENKO²

O.A. EFREMOVA³

¹⁾ *Medical Information
Analytical Centre, Belgorod*

²⁾ *Chernyansky Central District
Hospital, Belgorod region*

³⁾ *Belgorod National
Reserch University*

e-mail: m.stepchuk@km.ru

In the article the authors developed their model evolution of health care in the region up to 2020, providing for increased availability, quality of care, the prevention, nursing service, restorative treatment and rehabilitation.

Keywords: prevention, patronage, rehabilitation, accessibility and quality of care.