



ПЕРСПЕКТИВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ РАЗВИТИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ И РЕЗУЛЬТАТЫ ИХ ВНЕДРЕНИЯ В РЕГИОНЕ

М.А. СТЕПЧУК

*Медицинский информационно-аналитический центр,
г. Белгород*

e-mail: m.stepchuk@mail.ru

В статье освещены перспективные направления развития и результаты внедрения в регионе организации первичной медико-санитарной помощи и трёхэтапной организации её первого уровня.

Ключевые слова: первичная медико-санитарная помощь, первичное звено, участковая служба.

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 т.ч. на уровне семьи и у социально незащищённых групп населения. В связи с продолжающимися проблемами финансирования здравоохранения, подготовки и укомплектования кадров, оснащения амбулаторных учреждений медицинским оборудованием, эффективными средствами и методиками лечения (особенно в сельской местности), отсутствие адекватной мотивации специалистов, что негативно сказывается на качестве работы первичного звена, необходимость создания эффективной системы организации первичной медико-санитарной помощи приобрела в последнее время еще большую актуальность. В этой связи мы определили целью данного исследования разработку, обоснование и внедрение в регионе перспективных направлений развития первичной медико-санитарной помощи населению. Для достижения этой цели были поставлены и решены следующие задачи: изучение опыта организации и работы первичного звена в России, в развитых странах мира и в Белгородской области, на основании результатов исследования разработать и апробировать в пилотных районах области перспективные направления организации первичной медико-санитарной помощи, позволяющие повысить эффективность работы первичного звена, доступность и качество медицинской помощи населению региона.

Методологической основой для достижения цели исследования использовался комплексный метод: исторический, статистический, экономический, сравнительного анализа, эксперимента и ряд других. С их помощью проанализированы различные аспекты деятельности первичного звена здравоохранения, в России за рубежом и в Белгородской области и с учётом сложившейся ситуации определена, по нашему мнению, наиболее эффективная система организации первичной медико-санитарной помощи.

Предложенная нами оптимальная трёхуровневая система оказания первичной медико-санитарной помощи и трёхэтапная организация её первого уровня, с приоритетом профилактики, которая в сочетании с новыми формами финансирования и оплаты труда врачей первичного звена позволила в пилотных районах, где она апробировалась, добиться положительных результатов не только в улучшении показателей работы медицинских организаций, но самое главное – в улучшении показателей здоровья населения. Результаты данного исследования и внедрения, разработанных перспективных направлений развития первичной медицинской помощи, позволили нам сделать *вывод* о том, что в условиях дефицита финансирования здравоохранения региона использование эффективных форм организации и финансирования первичной медико-санитарной помощи (ПМСП), дают возможность мотивировать медицинских работников первичного звена в повышении качества и доступности медицинской помощи населению, проведении профилактики, формированию здорового образа жизни и сохранении здоровья прикрепленного населения при оказании медицинской помощи на первичном этапе, соответственно, уменьшение объёмов помощи на вторичном и третичном этапах, что ведёт к повышению её эффективности и эффективности здравоохранения в целом. В связи с этим её можно применять не только в области, но и в других регионах. Это свидетельствует об актуальности данной темы и необходимости её дальнейшего изучения, с целью развития и внедрения новых форм организации и финансирования ПМСП, оплаты труда специалистов первичного звена, основного звена здравоохранения, совершенствования его организационно-функциональной структуры и мотивации в достижении качественных результатов труда, что играет важную роль в обеспечении доступности и качества медицинской помощи и сохранении здоровья населения.

В начале исследования мы проанализировали формы организации и финансирования амбулаторной медицинской помощи населению на этапах их развития в России, в развитых странах мира и Белгородской области. Результаты показали, что по мере развития Российского государства, развивалось здравоохранение и амбулаторная помощь населению. В дореволюционный период на смену платной медицинской помощи пришла земская и городская медицина, а в странах Европы – модель солидарности, и медицинская помощь нищим и малоимущим стала оказываться бесплатно. За 50-ти летний период существования земская медицина провозгласила и в значительной степени осуществила на практике передовые принципы, которые впоследствии развило советское здравоохранение. В развитых странах мира медицинское страхование не смогло сдержать рост расходов на здравоохранение, а в России – решить накопившиеся проблемы, обусловленные административным методом управления и остаточным принципом финансирования здравоохранения. Реализация в последние десятилетия целевых программ и проектов положительно сказалась на ряде показателей деятельности медицинских организаций и состояния здоровья населения, развитии амбулаторной помощи, как в России, так и Белгородской области, в том числе по принципу врача общей практики. Однако реальной реформы первичного звена не произошло. В Белгородской области ПМСП остаётся приоритетным направлением развития здравоохранения. Она организована по территориально-участковому принципу, а участковый терапевт по-прежнему является ключевым звеном её оказания. Причиной недофинансирования амбулаторной помощи явилась ориентация здравоохранения в предыдущие годы на развитие стационарной медицинской помощи. В этой связи в регионе расходы на амбулаторную помощь составили около 20% от стоимости территориальной программы госгарантий. Это сказалось на состоянии первичного звена, особенно в сельской местности, где слабо развита инфраструктура, 50% врачей (работающих или планирующих работать в селе) нуждались – в покупке жилья, 29,0% – выделении земельного участка под строительство дома и др. В этой связи дефицит врачей в селе составил – 31,6%, в отдельных районах – около 50% (в городе – 22%). Кроме того в селе почти 30% врачей старше 55 лет (городе – 25%). В области развивалась ПМСП по принципу врача общей практики (ВОП) и их число достигло 26,6% от числа врачей первичного звена здравоохранения (РФ – 8,5%), из них 27,5% – пенсионного возраста, и только 3,3% – моложе 30 лет. Сравнительный анализ работы ВОП в сельской и городской местности показал, что они в сельской местности работают эффективнее. Установлено, что имеет место дефицит средств на переподготовку и последипломное образование специалистов: в 2011 г. за свои средства (частично за счёт платных услуг учреждения) обучались 4,2%, в 2012 г. – 8%, в 2013 г. – 41,9%. Дефицит финансирования программы госгарантий достиг 30%, из-за чего тарифы на медицинские услуги были ниже и большинство медицинских организаций не смогли быть рентабельными. В связи с этим слабо развивалась материально-техническая база: 32,6% зданий нуждались в капремонте, 21,6% – не было горячей воды, 8% – центрального отопления, 87% – автономного энергоснабжения. Низкая оснащённость поликлиник оборудованием (ультразвуковой и эндоскопической диагностики, лабораторным и физиотерапевтическим), при этом 17% оборудования имело 100% износ, 22% – износ 50%, 61% – износ 30-40%. В связи с этим, имели место проблемы своевременности диагностики, восстановительного лечения и реабилитации. Во многих медицинских организациях отмечалось недостаточное средств на выплаты врачам первичного звена отдельных надтарифных коэффициентов, в том числе стимулирующих эффективность профилактической работы и качество медицинской помощи. В отдельных районах 60% и более вызовов скорой помощи составляли вызова к больным с хроническими заболеваниями, более 30% – по неотложным состояниям в часы работы поликлиники и не переадресовывались участковой службе. Это свидетельствовало об не эффективной работе первичного звена и не рациональном использовании скорой медицинской помощи, что отрицательно сказалось на выявлении заболеваний на ранних стадиях развития и своевременному оздоровлению хронических больных. Так, общая заболеваемость населения в 2012 г. составила 162 707,0 на 10 тыс. населения, уровень госпитализации по области – 218 на 1000 населения, а число вызовов скорой медицинской помощи в отдельных районах составляло 318-336 на 1000 населения. Имела место высокая потребность в высоко технологичной помощи (более 2,5 тыс. пациентов в год, затраты составляли почти 370 млн. руб. ежегодно). Соответственно, росли общие расходы на здравоохранение.

Таким образом, с учётом оценки состояния участковой службы – основного звена ПМСП региона и факторов, препятствующих её развитию, и того, что от размеров финансирования напрямую зависят производительность и эффективность работы отрасли, но никак не коэффициент полезного действия её организационной модели, автор видит необходимость замены не эффективной модели и предлагает более рациональный путь решения проблемы. Наряду с ликвидацией дефицита территориальной программы государственных гарантий за счёт увеличения страховых взносов на работающее и неработающее население, использовать новые формы финансирования первичной помощи в частности, одноэтапное финансирование на основе подушевого норматива с применением фондодержания, консолидацию средств бюджетов всех уровней в системе ОМС, а так же совершенствование отраслевой системы оплаты труда медицинских работников. Они позволят мотивировать привлече-



ние в первичное звено специалистов, повышение эффективности профилактической работы и состояния здоровья прикрепленного населения. При этом существенно изменится принцип обслуживания пациентов и осуществится переход на трёхуровневую систему оказания медицинской помощи, которая предусматривает повышение объема и увеличение перечня услуг (интенсификацию работы) на амбулаторно-поликлиническом уровне. Это должно уменьшить уровень госпитализации на дорогостоящие реанимационно-интенсивные койки на 30-40% и потребность в высокотехнологичной помощи на 15-20%. Одновременно предусматривается проведение распределения комплексной стационарной помощи по технологическому принципу (реанимационно-интенсивная, реабилитационная и паллиативная помощь) и рациональная маршрутизация пациентов по этапам оказания менее затратной, но не менее квалифицированной, интенсивной и эффективной медицинской помощи в амбулаторных условиях. Это позволит сэкономленную часть средств направить на дополнительное финансирование ПМСП, которое довести в ближайшие 3-4 года до 60%. Кроме того автор научно обосновал следующие перспективные направления развития первичной медико-санитарной помощи: переход на более эффективную и менее затратную трёхэтапную систему первого уровня с приоритетом профилактики; развитие этой системы в сельской местности по принципу ВОП; приведение к стандарту оснащённость медицинских организаций, широкое использование межрайонных центров и других эффективных методов, обеспечивающих повышение качества и социально-экономической эффективности ПМСП. А так же привлечение инвесторов, использование государственно-частное партнёрство и др.

При этом реализуется три вида ПМСП: первичная доврачебная помощь, первичная врачебная; первичная специализированная. Для повышения доступности и качества предоставляемой ПМСП на территории области формируется трёхуровневая система организации её оказания. Первый уровень – обеспечивает население ПМСП (в том числе первичной специализированной помощью), которая включает неотложную и скорую помощь. Профилактическая работа первичным звеном проводится совместно с медицинскими работниками кабинетов (отделений) медицинской профилактики, центров здоровья с участием специалистов других ведомств. Первичную специализированную помощь оказывают врачи-специалисты первичного звена. Второй уровень – обеспечивает оказание первичной специализированной медицинской помощи по наиболее востребованным специализированным профилям специалистами межтерриториальных консультативно-диагностических центров. В этих центрах применяются широкий спектр диагностических процедур, включая компьютерную томографию. Третий уровень – это консультативно-диагностическая первичная специализированная медицинская помощь, которая организована в областных консультативных поликлиниках (центрах), и областных диспансерах. Исследование показало, что слабым звеном в области является первый уровень ПМСП. С целью повышения доступности, качества ПМСП и её социально-экономической эффективности нами разработана трёхэтапная организация её первого уровня (схема 1), которая правительством области включена в программу модернизации здравоохранения до 2015 года, и в подпрограмму 2 «Развитие ПМСП» (далее Подпрограмма), долгосрочной целевой и государственной программы «Развитие здравоохранения Белгородской области до 2020 годы». В настоящее время в пилотных районах идёт её реализация, Приоритетным направлением Подпрограммы является её профилактическая направленность, повышение значимости ведущей роли в этом участкового врача и ВОП, которые должны вести к значительному улучшению не только структурной эффективности муниципального здравоохранения, повышению качества, доступности и экономичности медицинской помощи, эффективному использованию ресурсов, но самое главное – формированию приоритета здоровья в системе ценностей общества, создание у населения мотивации быть здоровым, обеспечение правовых, экономических, организационных инфраструктурных условий для ведения здорового образа жизни и укреплению здоровья прикрепленного населения.

В этой связи **первым** в оказании ПМСП является профилактический этап. На этом этапе из профилактических мероприятий приоритетными направлениями являются: активное проведение профилактики и формирование у населения здорового образа жизни; проведение иммунопрофилактики; консультации по проблемам здоровья; школы здоровья; проведение скрининговых исследований по выявлению факторов риска; выявление заболеваний на ранних стадиях развития; диспансерное наблюдение здоровых, беременных, детей, лиц декретированных групп; лиц из групп риска, наблюдение хронических больных и профилактика у них обострений (осложнений) хронических заболеваний, проведение рациональной маршрутизации больных. Эти мероприятия выполняются на всех этапах первичного звена здравоохранения. Учитывая, что эта работа межведомственная, в её проведении участвуют: работодатели, центры профилактики и здоровья, СМИ, специалисты народного образования, культуры, церковнослужители, общественные организации и др. Разрабатываются и внедряются стандарты на все профилактические мероприятия, и производится их оплата за счёт средств обязательного медицинского страхования.

Мотивация медицинских работников производится по качественным показателям эффективности профилактических мероприятий, главным критерием которых – улучшение здоровья прикрепленного населения. С целью повышения социально-экономической эффективности ПМСП про-



филактическую работу в области автор предлагает сосредоточить на патологии, вызывающей наибольшие социально-экономические потери. К ним были отнесены сосудистые заболевания (гипертоническая болезнь, атеросклеротическая болезнь сердца, острые нарушения мозгового кровообращения), диабет II типа, онкологические болезни, дегенеративные заболевания позвоночника и крупных суставов. Таким образом, на первом этапе осуществляется профилактическое обслуживание преимущественно здоровых людей, а также лиц с хроническими заболеваниями вне стадии обострения, вследствие этого основной работой участкового врача становится профилактическая, которая должна занимать не менее 60% его рабочего времени.

Схема 1

Трёхэтапная организация первого уровня ПМСП



Второй этап – лечебно-патронажный (парагоспитальный). На этом этапе приоритетными направлениями являются: кратковременный и регулярный патронаж, коррекция факторов риска, лечение заболеваний на ранних стадиях развития, долечивание больных в «стационаре на дому» и дневном стационаре при амбулаторно-поликлиническом учреждении; оказание неотложной и паллиативной помощи на дому и в поликлинике; медицинская помощь впервые заболевшим и лечение больных с обострениями хронических заболеваний в амбулаторных условиях. Эти мероприятия выполняются медицинскими работниками участковой службы на всех этапах, в т.ч. мобильными и постоянно действующими медицинскими бригадами, а в поликлиниках – с привлечением врачей-специалистов. При приёмных отделениях ЦРБ и городских многопрофильных больниц организуются отделения (центры) диагностики и кратковременного интенсивного лечения с целью обеспечения следующих приоритетных мероприятий: комплекса диагностических мероприятий; кратковременно-интенсивного лечения больных с неотложными состояниями с целью их коррекции; проведение маршрутизации больных, после успешной коррекции неотложных состояний, на этапы оказания менее затратной, но не менее квалифицированной и интенсивной медицинской помощи (отделение или центр восстановительного лечения и реабилитации, стационар замещающие виды, наблюдение участковой службы, кабинет паллиативного лечения или хоспис) и обеспечение преемственности в оказании медицинской помощи. Для повышения доступности и качества ПМСП сельскому населению, организуется при поликлинике ЦРБ мобильная медицинская бригада. Приоритетными направлениями работы бригады являются: оказание помощи участковой службе в сельской местности в предоставлении ПМСП населению, проведение осмотров и диспансеризации преимущественно пожилого сельского населения в отдалённых сёлах и хуторах. В целях повышения доступности и качества ПМСП городскому населению создаются в помощь участковой службе постоянно действующие медицинские бригады. Задачи этих бригад: оказание неотложной помощи больным на дому, в том числе в выходные и праздничные дни, а при необходимости – ПМСП в «стационаре на дому». Организуется система планирования встречи пациента с врачом: предварительная запись по телефону, интернету, а в поликлинике – с помощью «Инфомата». Всё это уменьшает уровень госпитализации и стоимость ПМСП, повышает её качество и доступность.



Третий этап – восстановительного лечения и реабилитации. Данный вид помощи оказывается на базе существующих в поликлиниках физиотерапевтических кабинетов, отделений (в крупных городских поликлиниках – центров) восстановительного лечения и реабилитации. Эти подразделения доукомплектуются необходимыми квалифицированными специалистами (физиотерапевт, врач (инструктор) ЛФК, психолог, социальный работник), оснащаются эффективным оборудованием и в необходимом количестве средствами лекарственной и немедикаментозной терапии. Это позволяет увеличить доступность и качество восстановительной и реабилитационной помощи населению (в первую очередь – сельскому). Реабилитация проводится комплексная: функциональная, трудовая, социальная и психологическая. По степени улучшения функций организма пациента производится оценка эффективности работы службы.

Для организации развития ПМСП, мониторинга реализации Подпрограммы и внедрения перспективных направлений создан в медицинском информационно-аналитическом центре и функционирует под руководством автора, отдел развития ПМСП. По итогам мониторинга производится расчёт показателей, анализ результатов реализации и вносятся соответствующие предложения по корректировке подпрограммы. Так же автором разработаны и внедрены учётно-отчётные формы, методические рекомендации по их заполнению. Обработка данных производится с использованием программы, разработанной с участием автора.

Перспективные формы организации и финансирования ПМСП внедрялись в рамках программы модернизации здравоохранения области на 2011-2012гг. и подпрограммы «Развитие ПМСП» долгосрочной целевой программы «Развитие здравоохранения Белгородской области на 2013-2020 годы». В рамках их реализации проведено дальнейшее укрепление материально-технической базы учреждений здравоохранения: введено в строй 3 объекта и завершалось строительство 4 объектов в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения, осуществлён капитальный ремонт – в 33 и в стадии завершения 11, текущий ремонт – в 16 и продолжался – в 9 медицинских организациях и оснащение 6 существующих межрайонных отделения (центров). Это позволило привести в соответствие стандарту оснащение многих учреждений здравоохранения. Для их оснащения закуплено 1270 единиц современного медицинского оборудования. Внедрялись современные информационные системы: до конца 2013г. практически завершено оснащение электронным оборудованием 6 323 рабочих мест специалистов (контроль и руководство с участием автора). Автоматизированное рабочее место врача установлено во всех амбулаторных учреждениях. Организована система планирования встречи пациента с врачом: предварительная запись по телефону, интернету, а в поликлинике – с помощью «Инфомата». Завершается формирование единой информационной системы здравоохранения региона. В области внедрено 147 федеральных медико-экономических стандартов (МЭС). Разработаны, рассчитаны (с нашим участием), используются в амбулаторно-поликлинических учреждениях 2006 территориальных МЭС и протоколов ведения больного, в т.ч. по профилактике, которые оплачиваются за счёт средств ОМС. Дополнительные средства, полученные в рамках данных программ, направлялись на сокращение дефицита программы госгарантий, который за 2011-2012гг. снизился до 24% (2010г. – 38,4), а также на покрытие затрат за медицинскую помощь в соответствии с МЭС. В связи с этим показатель используемого подушевого финансирования ПМСП увеличился на 53,0% и составил 9 160 руб. на 1 жителя в год. С целью дальнейшего повышения качества ПМСП, эффективности профилактики и сохранения здоровья населения оплата труда медработников первичного звена осуществлялась с использованием отраслевой системы оплаты труда по критериям оценки конечных результатов их труда и стимулирующих доплат, в зависимости от объемов и качества медицинской помощи. Разработанные, с участием автора, Примерные критерии (индикаторы) качества утверждены приказом начальником департамента здравоохранения от 19.01.2007 г. № 36. Для амбулаторно-поликлинической службы было утверждено 14 критериев, в том числе 5, характеризующих конечные результаты труда врача первичного звена. Это: уровень первичного выхода на инвалидность лиц трудоспособного возраста (11-30 человек); число лиц, умерших на дому от сердечно-сосудистых заболеваний в возрасте до 60 лет и не наблюдавшихся в последний год жизни (от 0 до 1 и более); смертность детей на дому, в том числе до 1 года жизни (от 0 до 1 и более); материнская смертность (от 0 до 1 и более); перинатальная смертность (от 0 до 1 и более). Главные врачи ЦРБ утвердили адаптированные критерии для своих медицинских организаций района и их структурных подразделений. Коэффициент качества рассчитывается как отношение фактического числа баллов к их максимальному значению Доплата врачу и средним медицинским работникам участка начислялась в течение квартала с учётом коэффициента качества и рассчитывалась к базовой ставке с учётом коэффициентов специфики и в зависимости от полученного дохода. Так же учитывалась эффективность профилактической работы и формирование здорового образа жизни. Для повышения доступности медицинской помощи сельскому населению количество мобильных бригад при ЦРБ увеличено с 24 до 34, соответственно увеличилось число осмотренных сельских жителей. Оснащались и увеличивали объёмы работы приёмные отделения при городских больницах и ЦРБ по коррекции неотложных состояний и отделения (кабинеты) физиотерапии по реабилитации пациентов. Развивалось государственно-частное парт-



нерство, по программе госгарантий работает 9 коммерческих организаций первичной сети, накоплен опыт подготовки инвестиционных договоров на оказание медицинской помощи.

Реализация мероприятий Программы и оптимальной системы организации и финансирования ПМСП в 2011-2013гг. дали в целом по области положительные результаты. Повысилась интенсивность работы участковой службы. Врачебная функция сохранилась на прежнем уровне и составила 9,2 посещения на 1 жителя в год, однако увеличилось на 6,7% число посещений с профилактической целью (с 2,1 до 2,9), уровень диспансеризации увеличился на 2,7% – число взятых больных под диспансерное наблюдение, а число оздоровленных – с 97,6 до 98,6%. Уменьшилось время ожидания консультации специалистов на 18,0%. Активизировалась профилактическая работа: обучалось здоровому образу жизни и в «школах здоровья» ежегодно более половины взрослого населения (>711 тыс. чел.) и проводилось свыше 1200 массовых мероприятий с числом участвующих лиц около 220 тыс. чел. Всего профилактических мероприятий за эти годы выполнили на 9,1% больше, а число участников – увеличилось на 11,8%, на 15% – число выступлений в СМИ, в 2,4 раза – изданных пропагандистских материалов, в 2 раза – число посещений в центры «Здоровье». Широко использовались стационар замещающие виды медицинской помощи: в дневных стационарах при амбулаторных учреждениях только в 2013г. пролечено 89,8 тыс. пациентов, проведено 671 койко-дня на 1 000 населения, при нормативе – 665, экономия составила более 900 млн. руб. Доля вызовов СМП со временем доездки к больному менее 20 минут, увеличилась на 13,2%. Уменьшился уровень госпитализации с 226 до 214 на 1000 жителей; работа койки снизилась с 338 до 329,6 дней в году. Кроме того, в стационаре началась дифференциация коек: выделено 304 паллиативные койки и функционирует 246 коек для восстановительного лечения и реабилитации. Это привело к уменьшению дорогостоящих коек реанимационно-интенсивного лечения и сокращению сроков лечения на них с 12,7 до 12 дней, на муниципальном уровне – до 10,6 дней. Общая заболеваемость населения уменьшилась на 0,8%. Кроме того, уменьшилась заболеваемость по ряду социально-значимым заболеваниям с диагнозом, установленным впервые в жизни: – сифилисом – на 60,9% и показатель составил 9,3 на 100000 населения (2010 г. – 23,8); – наркоманией – на 50,0% и показатель составил 2,4 (2010 г. – 4,8); – туберкулезом – на 37,1% и показатель составил 29,3 (2010 г. – 46,6); – гонореей – на 25,4% и показатель составил 20,2 (2010 г. – 27,1); – алкоголизмом – на 24,2% и показатель составил 52,8 (2010 г. – 69,7); – психическими расстройствами – на 6,8% и показатель составил 265,9 (2010 г. – 285,3). Это положительно сказалось на **улучшении демографической ситуации и продолжительности жизни населения**. Так, демографическая ситуация в области улучшилась. Увеличилась рождаемость на 6,4%, показатель составил 11,6 на 1000 населения (2010г.– 10,9). Общая смертность населения уменьшилась на 4,2% и показатель составил – 13,8 на 1000 населения (2010 г.– 14,4). Снижение общей смертности произошло в основном за счёт следующих классов заболеваний: некоторые инфекционные и паразитарные болезни – на 15,1%, болезни системы кровообращения – на 11,5%, внешних причин – 2,7% и ряд других. Кроме того, уменьшилась на 5,6% смертность лиц трудоспособного возраста; на 31,4% – смертность от туберкулёза, на 7,8% – от ДТП. Уменьшилась больничная летальность от инфаркта на 23,0%. «Годичная» летальность от злокачественных заболеваний снизилась – 19,7%, а 5-ти летняя выживаемость – увеличилась на 4,7%. Это свидетельствует, с одной стороны о повышении эффективности профилактики и выявления заболеваний на ранних стадиях развития, с другой – повышении качества медицинской помощи, табл. 1.

Таблица 1

Некоторые качественные показатели медицинской помощи

Показатель	2010 г	2011 г	2012 г	2013 г	2013г к 2010 г в %
Смертность в трудоспособном возрасте, общая	502,9	489,9	475,2	474,8	94,4
ДТП (от всех видов транспортных средств)	25,7	28,6	28,8	23,7	92,2
От туберкулеза	3,5	3,0	2,5	2,4	68,6
Больничная летальность от острого инфаркта миокарда	12,2	11,3	10,2	9,4	77,0
Годичная летальность от злокачественных новообразований	25,4	21,1	20,5	20,4	80,3
Пятилетняя выживаемость от онкозаболеваний	47,2	49,1	49,5	49,4	104,7

Уменьшился показатель естественной убыли населения и составил – 2,2 на 1000 населения (2010 г.– -3,5). Численность населения на начало 2013 года увеличилось за счёт миграции на 0,5% и составила 1540,9 тыс. человек (2010 г. – 1532,5). Ожидаемая продолжительность жизни выросла на 1,13% и составила 72,1 лет (2010 г. – 71,3). Увеличилась за 2010-2012 гг., по мнению самих пациентов, удовлетворённость населения качеством медицинской помощи на 10,2% и составила: городских – 81,3%, сельских – 78%, при утверждённом показателе – 70%. Количество жалоб уменьшилось на 42,1%. Заработная плата врачей увеличилась на 46,1%, средних медработников – 44,7%.



В пилотных районах наиболее активно внедрялась перспективная трёхэтапная организация 1-го уровня ПМСП. Отработана маршрутизация пациентов, широко использовались мобильные медицинские бригады при ЦРБ. Так, число выездов мобильных бригад за 2011-2013 гг. увеличилось в 2,1 раза, число осмотренных – на 83,4%, число проконсультированных больных – на 91,7%, табл.2.

Таблица 2

Динамика выезда врачей мобильных бригад ЦРБ пилотных районов за 2010-2013 гг.

Показатель	количество выездов всего					осмотрено (чел).					Проведено консультаций				
	2010	2011	2012	2013	%2013 к 2010	2010	2011	2012	2013	%2013 к 2010	2010	2011	2012	2013	%2013 к 2010
Алексеевский	180	182	443	662	>в 3,7р.	1841	1871	5160	9937	>в 5,4р.	231	239	296	267	115,6
Красненский	58	73	61	84	144,8	584	707	636	789	135,1	142	160	171	197	138,7
Красногвардейский	12	16	56	39	>в 3,2 р.	10912	11880	11431	12521	114,7	1678	1863	1967	2080	123,9
Всего	250	271	560	785	>в3,1 р.	13337	14458	17227	16967	127,2	2051	2262	2434	2544	124,0

В отделениях диагностики и коррекции неотложных состояний оказана помощь 32,6 тыс. чел., в т. ч. более 1,6 тыс. – детям. После коррекции неотложных состояний у 21,7 тыс. (66,6%) пациентов, отпала необходимость в госпитализации (экономию составила около 27 млн. руб.), табл. 3. За счёт использования стационар замещающих видов помощи экономия составила около 233 млн. руб. В физиотерапевтических отделениях пилотных районов получили восстановительное лечение более 99 тыс. пациентов, которым отпущено около 1,3 млн. процедур, что составило в среднем 13 процедур на курс лечения. В пилотном Алексеевском районе в межрайонном отделении получили стационарное восстановительное лечение 1,5 тыс. больных, в том числе: 27,9% – сельские жители и 54,8% – лица старше трудоспособного возраста, 23% – дети. Объёмы этой помощи увеличиваются. Паллиативную помощь оказывали врачи первичного звена в поликлинике, на дому.

Таблица 3

Динамика госпитализированных из числа обратившихся в приёмное отделение с неотложными состояниями в 2010-2013 годы

Показатель	Всего амбулаторных посещений в приемное отделение (чел)					Госпитализировано (чел).				
	2010	2011	2012	2013	%2013 к 2010	2010	2011	2012	2013	%2013 к 2010
Алексеевский	8061	8295	8436	8654	107,3	2927	2891	2669	2858	97,6
Красненский	1002	1025	1003	1071	106,9	117	90	77	109	93,2
Красногвардейский	1529	1497	1325	1287	84,2	765	726	731	727	95,0
Всего	10592	10817	10764	11012	103,9	3809	3707	3477	3694	96,9
% не госпитализированных после коррекции неотложных состояний	-	-	-	-	-	64,0	65,7	67,7	66,5	103,9

Таким образом, в условиях дефицита финансирования здравоохранения региона использование эффективных форм организации и финансирования первичной медико-санитарной помощи (апробированных в пилотных районах), позволило мотивировать медицинских работников первичного звена в повышении качества и доступности ПМСП жителям, сохранении здоровья прикрепленного населения на первичном этапе, соответственно, уменьшение объёмов помощи на вторичном и третичном этапах, что привело к повышению её эффективности и эффективности здравоохранения в целом.



Литература

1. Документационный центр ВОЗ. Первичная медико-санитарная помощь сегодня, актуальнее, чем когда-либо. Доклад о состоянии здравоохранения в мире 2008 г. – Женева, 2008. – С. 1-125.
2. Егорышева И.В. Медицинские общества в России в конце XVIII –первой половине XIX века // Здравоохранение Рос. Федерации. 2008. – № 5. – С. 49-51.
3. Жирнова Г.М. Реформирование амбулаторно-поликлинической службы в новых экономических условиях (на примере промышленного города Чувашской Республики): Автореф. дис. ...канд. мед. наук : 14.00.33 / Казан, гос. мед. ун-т. – Казань, 2004. – 21 с.
4. Стукалов А.Ф. Модель реформирования первичной медицинской помощи / А.А. Калининская, А.Ф. Стукалов [и др.]// Здравоохранение Рос. Федерации. 2008. – № 5. – С. 6-10.
5. Меркулов А.А. Управление здравоохранением как территориальной социально-экономической системой. Автореферат. дисс. ...канд. мед. наук. – Саратов, 2008. – 45 с.
6. Пинкус Т.М. Повышение структурной эффективности системы здравоохранения области / Т.М. Пинкус, М.А. Степчук, С.В. Абрамова // Проблемы экономики и управления. – Белгород, 2009. – № 4. – С. 181-183.
7. Степчук М.А. Модель организации медицинской помощи населению Белгородской области / М.А. Степчук, Т.М. Пинкус, Д.П. Боженко, О.А. Ефремова // Научные ведомости. «Медицина. Фармация». БелГУ, Белгород, 2012. – № 10 (129), Выпуск 18. – С. 84-94.

FUTURE DIRECTIONS OF PRIMARY HEALTH CARE AND RESULTS OF THEIR IMPLEMENTATION IN THE REGION

M.A. STEPCHUK

*The medical information-
analytical centre, Belgorod*

e-mail: m.stepchuk@mail.ru

The article highlights the prospects for development and implementation results in the region, the organization of primary health care and the organization of its three-stage first level.

Keywords: primary health care, primary care, local service.