



ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

УДК 614.2 + 26.89

АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ И ДИНАМИКА РАЗВИТИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ В ПЕРИОД МОДЕРНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ БЕЛГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ

ANALYSIS OF STATE AND DYNAMICS OF MEDICAL CARE DURING THE MODERNIZATION HEALTH BELGOROD REGION

**М.А. Степчук¹, А.Г. Ластовецкий², О.А. Ефремова³, Т.М. Пинкус¹,
Т.Г. Грачёва¹, Н.А. Шарипова¹**
**M. A. Stepchuk¹, A. Lastovetsky², O. Yefremova³, T. M. Pincus¹,
T.G. Gracheva¹, N.A. Sharipova¹**

¹Медицинский информационно-аналитический центр
308002, г. Белгород, пр. Б. Хмельницкого, 133 «в»

²Научно-исследовательский институт организации и информатизации
здравоохранения Минздрава РФ

³Белгородский научно-исследовательский университет
308015, г. Белгород, ул. Победы, 85

¹Medical information and analysis center
308002, Belgorod, B. Hmelnitskogo Ave., 133 «v»

²Research institute of the organization and informatization of health care
of Ministry of Health of the Russian Federation

127254, г. Москва, ул. Добролюбова, 11
Moscow, Dobrolyubova str., h 11

³Belgorod National Research University
308015, Belgorod, Pobedy str., 85

e-mail: belmiac@mail.ru

e-mail: albertlast@yandex.ru

e-mail: doctor_ol@bk.ru

Ключевые слова: медицинская помощь, модернизация, качество, регион.

Key words: medical care, modernization, quality, region.

Резюме. Во вступлении обоснована актуальность исследования: на современном этапе развития общества, реорганизации и модернизации здравоохранения региона внедрялись перспективные системы управления, организации и финансирования ПМСП с приоритетом профилактики. Параллельно совершенствовалось оказание стационарной, специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП). Поэтому целью данного исследования мы определили изучение состояния и динамики развития медицинской помощи в регионе за 2012-2014 годы и перспективы их развития. Поставлены и решены следующие задачи: изучение законодательной базы по организации медицинской помощи и развитию здравоохранения; оценка состояния здравоохранения и организации медицинской помощи Белгородской области с приоритетом ПМСП; оценка специализированной, в том числе ВМП и прогноз их развития. Методологической основой для достижения цели исследования использовался комплексный метод: исторический, статистический, математический, сравнительного анализа и ряд других. С их помощью проанализированы различные аспекты организации медицинской помощи жителям региона и отдельных её видов, дана её оценка и перспективы развития. В результате исследования проанализированы: нормативно-правовые акты (документы) по организации и развитию медицинской помощи населению; сеть медицинских организаций области, результаты их реорганизации, укрупнения медицинскими кадрами; развитие ПМСП и её профилактической направленности. Изучена интенсификация работы специалистов первичного звена, широкое использование стационар замещающих видов медпомощи, совершенствование неотложной помощи, реорганизация СМП, совершенствование восстановительного лечения и медицинской реабилитации, повышение доступности помощи сельскому населению с использованием мобильных бригад; оказание стационарной, специализированной и ВМП. В заключении авторы отметили, что в результате реализации мероприятий модернизации здравоохранения, медицинская помощь получила свое развитие на всех уровнях оказания: ПМСП с приоритетом профилактики, специализированные виды, в том числе ВМП. Однако модернизация проводилась недостаточно системно. Это требует ускорения дальнейшего совершенствования управления и реализации мероприятий по внедрению оптимальной системы организации медицинской



помощи, возврат доверия населения амбулаторной помощи и отказ от приоритета стационарной, ускорения переориентации специалистов первичного звена на профилактическую работу.

Summary. In the introduction the urgency of the study: at the present stage of social development, restructuring and modernization of the health of the region introduced advanced management system, the organization and financing of primary health care with a priority of prevention. Parallel perfected rendering of stationary, specialized and high-tech medical care (VMP). Therefore, the aim of this study we have determined to study the state and dynamics of development of health care in the region in 2012-2014 and the prospects for their development. And solved the following problems: studying the legal framework for the organization of health care and health development; assessment of health and medical aid organization of the Belgorod region priority PHC; specialized evaluation, including FMP and their development trends. The methodological basis for the achievement of objectives of the study used a complex method: historical, statistical, mathematical, comparative analysis, and several others. They help analyze the various aspects of the organization of medical assistance to residents of the region and its separate species, given its assessment and prospects. The study analyzed: regulations (documents) on the organization and development of medical care; network of health organizations of the region, the results of their reorganization, staffing of medical personnel; the development of primary health care and its preventive orientation. Studied the intensification of the work of primary care, the widespread use of hospital replacement types of medical care, improving emergency reorganization of SMEs, improving the restorative treatment and medical rehabilitation, improving accessibility to the rural population with the use of mobile teams; the provision of fixed, specialized and VMP. In conclusion, the authors noted that as a result of measures to modernize healthcare medical care was further developed at all levels of: PHC priority prevention, specialized species, including VMP. However, modernization was carried out systematically enough. This requires acceleration and further improve the management system of medical care, the return of public confidence in outpatient care and the abandonment of the fixed priority, accelerating shift towards preventive care.

Введение

Актуальностью данной проблемы является то, что на современном этапе развития общества, реорганизации и модернизации здравоохранения региона решение проблем сохранения здоровья населения и социально-экономических проблем зависят от активного межведомственного взаимодействия, а также от эффективности деятельности системы здравоохранения, проблем его финансирования, укомплектования и уровня профессионализма кадров, оснащения медицинских организаций эффективным оборудованием, эффективными методами и методиками диагностики и лечения, адекватной мотивации качественной работы специалистов. В этой связи изучение динамики этих явлений в период модернизации здравоохранения региона приобретает первостепенную значимость.

Цель

В этой связи целью данного исследования мы определили изучение состояния и динамики развития медицинской помощи, в т.ч. специализированных её видов, в регионе за последние три года (2012-2014) и перспективы их развития.

Для достижения этой цели были поставлены и решены следующие задачи: изучение законодательной базы по организации медицинской помощи и развитию здравоохранения; оценка состояния здравоохранения и организации медицинской помощи Белгородской области с приоритетом ПМСП; оценка специализированной, в том числе высокотехнологичной помощи и прогноз их развития на ближайшую перспективу.

Материалы и методы

Методологической основой для достижения цели исследования использовался комплексный метод: исторический, статистический, математический, сравнительного анализа, и ряд других. С их помощью проанализированы различные аспекты организации медицинской помощи жителям региона и отдельных её видов, дана её оценка и перспективы развития.

Результаты и их обсуждение

В соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 года №323 «Об основах охраны здоровья граждан», одним из приоритетных направлений развития здравоохранения определена профилактика – комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья. Он включает в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения или распространения заболеваний, раннее выявление



причин и условий их возникновения и развития, направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания. В этой связи приказами МЗ РФ от 16.04.12 г. №366-н «Об утверждении Порядка оказания педиатрической помощи» и от 15 мая 2012 г. №543н «Об утверждении положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению», приоритет в развитии здравоохранения отдан первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) и её профилактической направленности. С целью реализации профилактической направленности ПМСП в дополнение к действующим, изданы приказы Минздрава РФ от 03.12.2012 г. №1006-н «Об утверждении Порядка проведения диспансеризации определённых групп взрослого населения» и от 06.12.2012 г. №1011-н «Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра» и ряд других нормативных документов, предусматривающих развитие медицинской помощи на этапах её оказания.

Требования основных нормативных документов введены в действие на территории области, а перспективные направления развития медицинской помощи, разработанные с участием авторов, включены в государственную программу «Развитие здравоохранения Белгородской области на 2014-2020 годы» (далее Программа), утверждённую Постановлением правительства Белгородской области от 10.12.2013 г. №524-пп с коррекцией в редакции от 22.12.2014 г. (№484-пп).

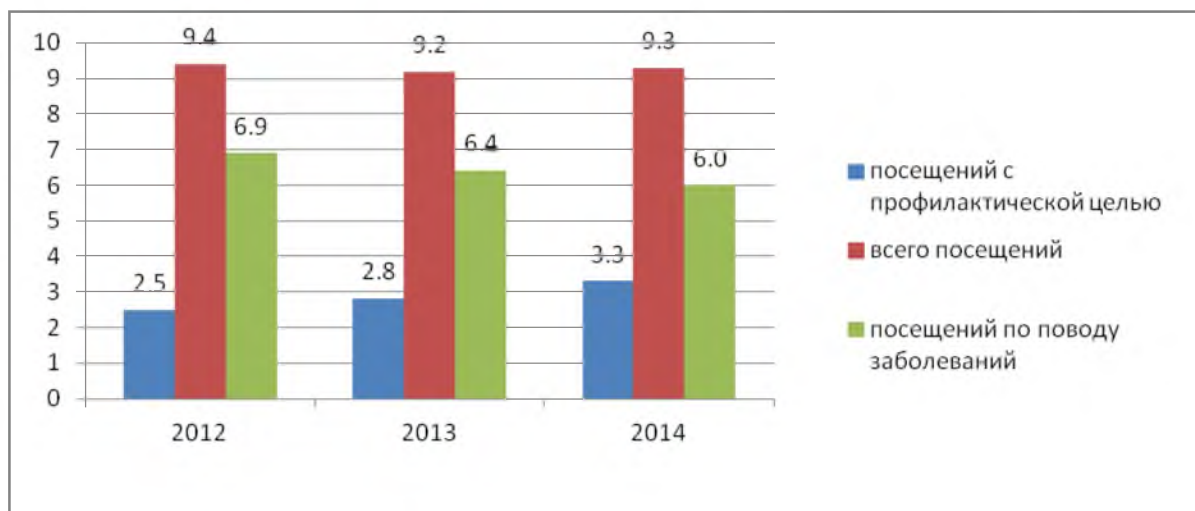
1. Для их реализации здравоохранение Белгородской области на начало 2014 года располагало сетью медицинских организаций, в состав которой входили: 50 больничных организаций, имеющих в своем составе 53 врачебные амбулатории, 62 центра (отделения) врача общей (семейной) практики (ВОП), 543 фельдшерско-акушерских 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. Кроме того, в регионе 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 здравоохранения региона отдан развитию внебольничной медицинской помощи и её профилактического направления с конечной целью, увеличение продолжительности жизни и сокращение смертности населения. Параллельно развивалась специализированная, в том числе высокотехнологичная медицинская помощь.

2. 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. Для жителей районного центра основным учреждением, оказывающим ПМСП, является поликлиника центральной районной больницы. Всего в 2014 году 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. Обеспеченность врачебными кадрами за анализируемые годы амбулаторно-поликлинического звена увеличилась на 8.1% и составила в 2014 г. 20.1 на 10000 населения (2012 г. – 18.5); средним медицинским персоналом – увеличилась на 2.7% и составила 45.2 (2012 г. – 44.0).

В результате проведенной реорганизации мощность амбулаторно-поликлинических медицинских организаций за 2012-2014 годы сократилась всего на 0.3% и составила 33 812 посещений в смену (2012 г. – 33 923). Соответственно несколько снизилась обеспеченность населения амбулаторно-поликлиническими организациями и составила 218.7 посещений в смену на 10000 населения и ниже среднего показателя по ЦФО (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 тоже время, в связи с активным развитием профилактического направления работы первичного звена изменилась структура посещений, (см. диаграмму 1).

Диаграмма 1
Diagram 1

**Структура посещений врачей амбулаторно-поликлинического звена в 2014 г.
The structure of visits to doctor's outpatient care in 2014.**



Как видно из диаграммы количество посещений с профилактической целью увеличилось на 32% и составило 3.3 посещения на 1 жителя в год (2012 г. – 2.5), их доля в структуре посещений увеличилась на 5.5% и 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 (2012 г. – 6.9). Это подтверждает наметившуюся тенденцию о переориентации работы врачей первичного звена на профилактику. С этой целью проводилась диспансеризация определенных групп взрослого населения Белгородской области, общее число граждан, подлежащих диспансеризации в 2014 году составило 301 258 человек. Прошли диспансеризацию 301 478 человек, что составляет 100,1% от плана. С помощью мобильных бригад обследовано в рамках диспансеризации 13,8% населения, а граждан, проживающих в сельской местности – 44,6%. Доля отказов от отдельных исследований составила 4,3%, а доля письменных отказов от диспансеризации в целом – 1,3%. По половому признаку обследованные распределились: мужчины – 44,1%, женщины – 55,9%. По возрасту: 21-36 лет – 33,7%; 39-60 лет – 41,3%; старше 60 лет – 25%. По результатам осмотров по группам здоровья граждане распределились следующим образом: I группа здоровья – 32,7% (98 531 человек); II группа здоровья – 23,4% (70 588 человек); III группа здоровья – 43,9% (132 359 человек). Частота выявленных поведенческих факторов риска составила (в %): нерациональное питание – 25,7; низкая физическая активность – 19,5; курение – 18,1; избыточная масса тела (ожирение) – 17,9; риск пагубного потребления алкоголя – 1,6. Частота выявления патологии составляет (на 1000 обследованных): болезни системы кровообращения – 15,61; эндокринологические заболевания – 6,83; болезни органов пищеварения – 6,4; болезни глаз – 3,28; болезни нервной системы – 2,33; болезни органов дыхания – 1,9; болезни крови – 0,97; злокачественные новообразования – 0,78; глаукома – 0,57. Кроме того выявлены злокачественные новообразования следующих локализаций: молочной железы у 180 случаев; предстательной железы – 93; женских половых органов – 24; органы желудочно-кишечного тракта (нижние отделы) – 9; трахеи, бронхи, легкие – 11; органы желудочно-кишечного тракта (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%.

По мнению авторов, смысл и цель диспансерного наблюдения для граждан, имеющих хронические неинфекционные заболевания (ХНИЗ) или 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. Мероприятия по



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

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 ЦРБ, за 2012-2014 годы увеличилось на 7 бригад и составило 36 (2012 г. – 29). На 34,6% увеличилось количество их выездов, на 30,6% – число осматриваемых жителей, а число диспансерных больных, получивших консультации – в 5,4 раза (см. табл. 1).

Таблица 1

Table 1

Динамика объёмов работы врачей мобильных бригад ЦРБ за 2012-2014 годы
Dynamics of mobile teams of doctors CRH for 2012-2014

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

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

Важной составляющей первичной медико-санитарной помощи является скорая медицинская помощь (СМП). С целью обеспечения населения данным видом помощи в области создана широкая сеть станций (подстанций) СМП (38 отделений СМП), три из которых являются самостоятельными юридическими лицами. 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 вызова на 1000 населения (2012 г. – 317), при Федеральном нормативе – 318. Ежедневно по области обслуживается около 1341 вызовов. 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 последние три года наблюдается уменьшение на 4,4% числа перевозок (с 30457 в 2012 г. до 29093 в 2014 г.) и в структуре вызовов перевозки в 2014 году 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. С целью их обслуживания в поликлиниках г. Белгорода запланировано открытие кабинетов неотложной помощи. В настоящее время решаются вопросы оптимизации оказания скорой медицинской помощи в рамках Белгородской агломерации, а также расширения радиуса обслуживания МБУЗ ССМП г. Белгорода за счет территории Белгородского района и улучшения взаимодействия указанных структурных подразделений СМП.

В плане 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.

Неоценимое значение в оказании медицинской помощи населению принадлежит восстановительному лечению и реабилитации, которые направлены на восстановление физического, психологического и функционального состояния, трудовой и профессиональной деятельности пациентов. В Белгородской области создана многоуровневая система восстановительного лечения и медицинской реабилитации, включающая в себя: стационарный, амбулаторно-поликлинический и санаторно-курортный этапы. Основные реабилитационные мероприятия в области осуществляются в амбулаторно-поликлинических и стационарных учреждениях здравоохранения.

На стационарном этапе в области восстановительное лечение и медицинская реабилитация начинается с первых дней пребывания больного в стационаре. Кроме того оно обеспечивается в ОГБУЗ «Ново-Таволжанская больница медицинской реабилитации» на 192 койках, отделении восстановительного лечения и медицинской реабилитации ОГБУЗ «Алексеевская ЦРБ» на 20 койках, ОГБУЗ «Чернянская центральная районная больница» – на 15 койках, ОГБУЗ «Вейделевская центральная районная больница» – на 15 койках и 64 койках реабилитации на базе санатория «Красиво». Всего в стационарных отделениях медицинская реабилитация в 2014 году проводилась по кардиологическому, неврологическому, ортопедическому, терапевтическому профилю и по профилю патологии беременности. Непосредственно в санатории «Красиво» осуществляется реабилитация кардиологических больных после хирургических вмешательств по поводу АКШ, стентирования, протезирования клапанов, которые в общей массе прошедших реабилитацию составляли до 35%. Средняя по области 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. 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, Новооскольской, Грайворонской, Волоконовской, Корочанской и других центральных районных больницах.

С целью оздоровления населения в системе здравоохранения области имеется 5 санаториев круглогодичного функционирования общей коечной мощностью 850 коек, в т.ч.: ОГАУЗ «Санаторий «Красиво» на 450 коек; ОГКУЗ «Санаторий для детей с родителями» г. Белгород – на 100 коек; МБУЗ «Городской детский санаторий «Надежда» г. Старый Оскол – на 100 коек; ОГКУЗ «Детский санаторий г. Грайворон» – на 100 коек; ОГКУЗ «Детский противотуберкулезный санаторий п. Ивня» – на 100 коек. В 2014 году санаторно-курортное лечение получило 16 198 человек, что на 9,2% больше, чем за 2012 год. Из общего числа получивших санаторно-курортное лечение в 2014 год составили 29,8% 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 авторов включены в Программу и реализуются следующие мероприятия: внедрение новых методик восстановительного лечения и реабилитации больных; укрепление материально-технической базы учреждений медицинской реабилитации; оснащение эффективным медицинским оборудованием учреждения, осуществляющие восстановительное лечение и медицинскую реабилитацию; проведение последипломной подготовки врачей-специалистов по медицинской реабилитации; обеспечение преемственности между медицинскими учреждениями восстановительного лечения, медицинской реабилитации, общей лечебной сети и санаторно-курортными учреждениями; обеспечение выполнения квот на лечение в стационарах больниц и отделениях медицинской реабилитации и восстановительного лечения.

Паллиативная медицинская помощь является актуальной в здравоохранении области. Она призвана улучшить качество жизни пациентов с различными хроническими заболеваниями, когда возможности специализированного лечения ограничены или исчерпаны. В регионе за последние 3 года в многопрофильных больницах была организована 281 паллиативная койка, в т.ч. 263 койки – для взрослых, 18 коек – для детей. Кроме того 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 году на паллиативных койках было пролечено 6 562 человека, из них умерло 206 человек, больничная летальность составила 3.1%. Длительность лечения по данному профилю составляет 13.2 дня, что на 17 дней ниже федерального норматива (30 дней) и на 9 дней ниже среднего показателя по РФ (за 2014 год – 22,0 дня). Работа паллиативных коек составила 273 дня в году. Низкие показатели функционирования паллиативных коек объясняются наличием объективных и субъективных причин: продолжалась 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 др.

Одним из основных критериев оценки работы первичного звена является показатель смертности прикрепленного населения участка, в том числе на дому. В 2014 году зарегистрировано в области всего 21 641 случай смерти (около 2-х 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 7 человек или на 23.3% и 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, которая носит социальный характер, так как особенно высок риск гибели детей из семей социального риска и зависит, прежде всего, 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 трудоспособного возраста, умерших на дому, который составил 267,9 на 100 000 населения соответствующей возрастной группы (2012 г. – 265.5). Это 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 вид медицинского обслуживания. По данным многих авторов 80% обратившихся за медицинской помощью, начинают и заканчивают свое лечение в амбулаторно-поликлинических медицинских организациях. При этом затраты на оказание данного вида медицинской помощи в 4-5 раз уступают затратам на оказание стационарной помощи населению.

С этой целью в области часть объёмов стационарной помощи планомерно перемещалась на амбулаторное звено. Круглосуточный коечный фонд области на 01.01.2015 г. составил 11 994 койки. В зависимости от потребности в оказании тех или иных видов помощи осуществлялась оптимизация дорогостоящих не оптимально используемых стационарных коек. Так, за последние три года в области было сокращено 89 коек круглосуточного пребывания различных профилей. В связи с этим обеспеченность круглосуточным коечным фондом уменьшилась и составила в 2014 году 77.6 на 10 000 населения (2012 г. – 78.5), этот показатель ниже среднего по ЦФО (ЦФО 2013 г. – 79.8). В результате улучшилась эффективность работы стационара.

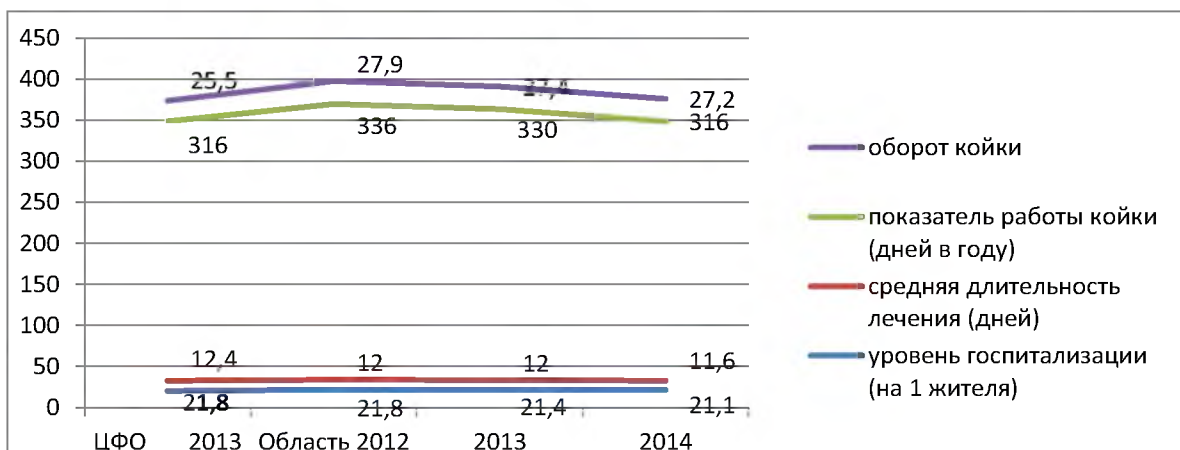
Таким образом, в результате приведения деятельности стационарных медицинских организаций к федеральным нормативам, стандартам оказания медицинской помощи и развития амбулаторно-поликлинической помощи в области, значительно сократились такие показатели использования коечного фонда, как уровень госпитализации – на 3.2% и длительность лечения – на 6.5%, см. диаграмму 2.

Для компенсации объёмов стационарной помощи за эти годы развиты более экономичные стационарозамещающие виды медицинской помощи: дневные стационары при поликлиниках и дневные стационары на дому. В 2014 году функционировали 61 дневной стационар для взрослых и 7 дневных стационаров для детей. Коечный фонд стационарозамещающих видов помощи составил 2781 место и 269 условных мест – в стационарах на дому, которые эффективно использовались. В общей сложности в 2014 году в дневных стационарах было пролечено 86.8 тысяч человек, ими было проведено 986.1 тыс. пациенто-дней, что составляет 638 дней на 1000 жителей и удовлетворяет потребность в этом виде помощи.



Диаграмма 2
Diagram 2

Динамика основных показателей работы стационара за 2012-2014 годы
Dynamics of the major indicators of hospital for 2012-2014



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 стандарту оснащённость медицинских организаций, широкое использование межрайонных центров и других эффективных методов, обеспечивающих повышение качества и социально-экономической эффективности первичной помощи. Одновременно использовались новые формы финансирования первичной помощи в частности, одноканальное финансирование на основе подушевого норматива с применением частичного фондодержания, консолидации средств бюджетов всех уровней в системе ОМС, а так же отраслевую оплату труда медицинских работников, как стационаров, так и первичного звена, которые должны обеспечить привлечение квалифицированных специалистов и мотивацию качества их труда. Кроме того использовалось привлечение инвесторов, государственно-частное партнёрство и др. 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.

Вместе с тем, указанные задачи не могут быть решены только лишь за счет работы системы здравоохранения, и 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: цереброваскулярные болезни, острое нарушение мозгового кровообращения, острый коронарный синдром, гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, сахарный диабет, онкологические заболевания, туберкулез, болезни органов дыхания, болезни органов пищеварения, внешние причины. При этом обязательный контроль параметров таких факторов, как: артериальное давление, липидный спектр, глюкоза крови, МНО. Всё это позволит на первом уровне оказания медицинской помощи выявлять заболевания на ранних стадиях развития, обострения хронических заболеваний, их оздоровление, коррекция факторов риска развития заболеваний; недопущение необходимости госпитализации в круглосуточный стационар и применения специализированной, в т.ч. высокотехнологичной медицинской помощи.



Однако сегодня продолжается процесс старения населения региона, 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 целью обеспечения специализированной помощью всего населения области организована трехуровневая система их 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 – 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, из них 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 году работа койки онкологического профиля снизилась на 6.2% и составила 336 дней в году (2012 г. – 358), при утверждённом показателе на 2014 год – 327 дней. Работа койки с перегрузкой в онкологическом диспансере связана с не эффективным использованием коек в городской больнице №2 г. Ст. 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 ед. и занятых – 96.75 ед. 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 ед., занятых – 56.0 ед., 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 оказывают 71 врач фтизиатр при штатной численности 116.0 ед., занятых – 111.75 ед. Укомплектованность составила 94.8%, коэффициент совместительства – 1.6 (2012 г. – 1.5). В поликлинике количество штатных должностей – 80.0 ед., занятых – 75.75 ед., физических лиц – 54 ед., в том числе 31 – участковый фтизиатр. Укомплектованность в поликлинике составила 94.7%, коэффициент совместительства – 1.4.

Психиатрическую помощь жители получают в 4 специализированных стационарах и психиатрическом отделении центральной районной больницы, кроме того в поликлиниках оказывается психиатрическая помощь в амбулаторных условиях. Коечный фонд психиатрической службы за последние 3 года сократился на 1.0% и представлен 1000 койками, в т. ч. 960 – для взрослых и 40 – для детей, из них 980 – в специализированных стационарах и 20 – в отделении ЦРБ. Обеспеченность койками сократилась на 1.5% и составила 6.5 на 10 000 населения (2012 г. – 6.6), по РФ (2013 г.) обеспеченность психиатрическими койками составила – 10.0. Работа койки составила 327 дней. В 2014 году пролечено 4 918 больных, из них умерло 27. Больничная летальность составила 0.55%. Всего в учреждениях здравоохранения области работает 88 врачей психиатров, в т. ч. 49 в поликлинике, при штатной численности 139,75 ед., из них 56.75 ед. должности психиатров участковых. Занятых должностей – 139,25 ед.



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 т. ч. 120 – в наркологических диспансерах и 10 – в ЦРБ. Обеспеченность койками составила 0,84 на 10 тыс. населения, РФ в 2013 году – 1,7. Работа койки составила 328 дней. В 2014 году пролечено 3 815 больных, из них умерло 16 чел., больничная летальность – 0,4%. Всего в учреждениях здравоохранения области 112,5 штатных должностей психиатров-наркологов, в том числе 21 – участковые, занято всего 108,5 ед. (96,4%), (2012 г. – 118,0 и 112,5 (95,3%), соответственно). В поликлинике количество штатных должностей – 95,5 ед., занятых – 93 (97,4%). Фактически работает 68 врачей психиатров-наркологов, в т.ч. 55 – в поликлинике. Обеспеченность врачами наркологами увеличилась на 10,0% и составила 0,44 на 10 000 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 году составила 336 дней. Всего в учреждениях здравоохранения области 93,0 штатные должности дерматовенерологов, занято – 91,75 ед. (98,6%). В поликлинике количество штатных должностей 84,0 ед., занятых – 82,75 ед. (98,5%). Фактически работают 78 врачей дерматовенерологов, в т.ч. 72 – в поликлинике. Обеспеченность врачами дерматовенерологами увеличилась на 19,0% и составила 0,5 на 10 000 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. Однако для её развития, повышения доступности и качества необходимо доукомплектовать учреждения квалифицированными специалистами и оснастить эффективными технологиями и оборудованием, и в первую очередь – межрайонные центры.

Обеспеченность населения высокотехнологичной медицинской помощью (ВМП) является показателем уровня развития здравоохранения области, а объём этой помощи характеризует уровень развития ПМСП и обратно пропорциональный эффективности её функционирования. В 2014 году в рамках реализации подпрограммы 3 государственной программы «Развитие здравоохранения Белгородской области на 2014-2020 годы», проводился отбор пациентов, нуждавшихся в оказании высокотехнологичной медицинской помощи, как в муниципальные и областные учреждения здравоохранения, так и в медицинские учреждения федерального подчинения.

В области имеют лицензии на оказание высокотехнологичной медицинской помощи пять медицинских организаций, в том числе: 3 – областных и 2 – муниципальных. В 2014 году было пролечено в этих учреждениях 2 864 пациента, из них 1 649 – помощь оказана за счёт средств 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 – федерального бюджета (2013 г. – 66,4). Поступило средств в 2014 году всего 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 Святителя Иоасафа» (ОКБ) ВМП, оказывается по 11 лицензированных профилям, в том числе: нейрохирургия, неонатология, онкология, сердечнососудистая хирургия, ортопедия (эндопротезы), травматология и ортопедия, трансплантология, абдоминальная хирургия, урология, акушерство и гинекология.

Всего в 2014 году в ОКБ оказана ВМП 1215 больным, в том числе:

- абдоминальная хирургия – 30,
- акушерство и гинекология – 60,
- нейрохирургия – 127,
- неонатология – 0,
- онкология – 70,
- офтальмология – 98,



- сердечнососудистая хирургия – 587,
- травматология и ортопедия (эндопротезы) – 200,
- трансплантология – 7,
- урология – 5.

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

Таблица 2

Table 2

Динамика объемов оказания ВМП в ОКБ за 2012-2014 годы
Dynamics of the provision in the bureau of the VMP 2012-2014

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

Из них умерло 15 пациентов (2013 г. – 17), в т.ч.: в кардиохирургическом отделении – 12 (2013 г. – 11), в нейрохирургическом отделении – 3 (213 г. – 5). Больничная летальность составила 1,2% (2013 г. – 1,0). Средняя длительность пребывания больного на койке в ОКБ за 2012-2014 годы показана в табл. 3.

Таблица 3

Table 3

Динамика средней длительности лечения и летальность в ОКБ за 2012-2014 годы, (днях)
Dynamics of the average duration of treatment and mortality in the bureau for 2012-2014,
(recently)

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

Как видно из таблицы 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), сердечнососудистая 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 оказана на 15,25% больше объём ВМП, который составил 204 детям (2012 г. – 177), в т.ч. по профилям: травматология и ортопедия – 34; онкология – 40; педиатрия – 83; неонатология – 13; урология – 20; отоларингология – 14. Наряду с этим уменьшилось на 37,1% число 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» кардиохирургические операции проведены на 50,0% меньше – 12 детям (2012 г. – 24). Таким образом, за анализируемые годы в целом по области объём ВМП детям уменьшился на 26,2%.

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

Таким образом, высокотехнологична медицинская помощь населению области оказывается в муниципальных, областных учреждениях здравоохранения и в медицинских учреждениях федерального подчинения за счёт средств областного и федерального бюджетов, 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 на ожидание её получения у ряда больных.

Заключение

Анализ оказания медицинской помощи населению в период модернизации здравоохранения области показал, что она получила свое развитие на всех уровнях оказания: первичная медико-санитарная помощь, специализированные виды, в том числе высокотехнологичная медицинская помощь. Однако модернизация проводилась недостаточно системно. При оптимизации объёмов стационарной помощи, медленно реорганизовывалась и совершенствовалась амбулаторная помощь. Росли требования к специалистам и объём их работы, в т.ч. по оформлению документации, 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, рост дефицита финансирования программных мероприятий по развитию здравоохранения и медицинской помощи, в том числе высокотехнологичной, без своевременной отсрочки их реализации. Это требует ускорения дальнейшего совершенствования управления и организации реализации мероприятий по внедрению трёхуровневого оказания медицинской помощи населению и оптимальной стандартизированной системы организации её первого уровня, возврат доверия населения амбулаторной помощи, отказ от приоритета стационарной и ускорения переориентации специалистов первичного звена на профилактическую работу.

Литература

Сон И.М. 2014. Статсборник. Медико-демографические показатели Российской Федерации за 2012-2013 годы. ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава РФ. Москва. 180 с.

Стегчук М.А., Пинкус Т.М., Абрамова С.В. 2009. Повышение эффективности системы регионального здравоохранения в условиях рыночных отношений, реформирование её структуры и совершенствование управления. Экономический вестник Донбасса. Донецк. №4. С.163-165.

Стегчук М.А., Пинкус Т.М., Абрамова С.В., Боженко Д.П. 2011. Оценка доступности медицинской помощи на разных уровнях её оказания. Научные ведомости. «Медицина. Фармация». БелГУ. Белгород. № 16 (111), Выпуск 16. С.182-189.



Степчук М.А., Павлов К.В., Пинкус Т.М., Абрамова С.В., Боженко Д.П. 2011. Методические подходы к оценке качества медицинских услуг. Национальные интересы. Социальная сфера. Москва. № 30 (123). С.61-69.

Степчук М.А., Павлов К.В., Пинкус Т.М., Абрамова С.В., Боженко Д.П. 2011. Модернизация здравоохранения региона. Экономика и менеджмент. Изд-во «КнигоГрад». Ижевск. № 1. С.133-144.

Степчук М.А., Павлов В.К., Пинкус Т.М., Господынько Е.М. 2012. Сравнительный анализ оказания первичной медико-санитарной помощи и состояния здоровья сельской и городской местности (на примере Белгородской области). Региональная экономика: теория и практика. Москва. №31(262). С.61-66.

Степчук М.А., Пинкус Т.М., Боженко Д.П. 2012. Участковая служба – основное звено первичной медико-санитарной помощи в Белгородской области. Научные ведомости. «Медицина. Фармация». БелГУ. Белгород. № 10 (129), Выпуск 18. С.121-126.

Степчук М.А. Пинкус Т.М., Ефремова О.А. Боженко Д.П. 2012. Модель организации медицинской помощи населению Белгородской области. Научные ведомости. «Медицина. Фармация». БелГУ. Белгород. № 10 (129), Выпуск 18. С. 84-94.

Степчук М.А. 2013. Статсборник. Основные показатели деятельности лечебно-профилактических учреждений и состояния здоровья населения Белгородской области за 2012 год. ОГКУЗ «МИАЦ». Белгород. 196 с.

Степчук М.А. 2013. Доклад о состоянии здравоохранения населения Белгородской области в 2012 году. ОГКУЗ «МИАЦ». Белгород. 82 с.

Степчук М.А. 2014. Организация трёхуровневой системы оказания первичной медико-санитарной помощи. Научно-практический журнал экономических реформ. «Менеджер». Восточно-украинского национального университета им. В. Даля (ВАК). Луганск. №3, Выпуск 15. С.54-62.

Степчук М.А. 2014. Доклад о состоянии здравоохранения населения и организации здравоохранения по итогам деятельности за 2013 год. ОГКУЗ «МИАЦ». Белгород. 123 с.

Степчук М.А. 2014. Статсборник. Основные показатели деятельности лечебно-профилактических учреждений и состояния здоровья населения Белгородской области за 2013 год. ОГКУЗ «МИАЦ». Белгород. 196 с.

Степчук М.А. 2015. Статсборник. Основные показатели деятельности лечебно-профилактических учреждений и состояния здоровья населения Белгородской области за 2014 год. ОГКУЗ «МИАЦ». Белгород. 194 с.

Степчук М.А. 2015. Доклад о состоянии здравоохранения населения и организации здравоохранения Белгородской области по итогам деятельности за 2014 год. ОГКУЗ «МИАЦ». Белгород. 137 с.

Literature

Son I.M. 2014. Statsbornik. Mediko-demograficheskie pokazateli Rossijskoj Federacii za 2012-2013 gody. FGBU «СНИИОИЗ» Minzdrava RF. Moskva. 180 s (in Russian).

Stepchuk M.A., Pinkus T.M., Abramova S.V. 2009. Povyshenie jeffektivnosti sistemy regional'nogo zdavoohranenija v uslovijah rynochnyh otnoshenij, reformirovanie ejo struktury i sover-shenstvovanie upravlenija. Jekonomicheskij vestnik Donbassa. Doneck. №4. S.163-165 (in Russian).

Stepchuk M.A., Pinkus T.M., Abramova S.V., Bozhenko D.P. 2011. Ocenka dostupnosti medicinskoj pomoshhi na raznyh urovnjah ejo okazanija. Nauchnye vedomosti. «Medicina. Farmacija». BelGU. Belgorod. № 16 (111), Vypusk 16. S.182-189 (in Russian).

Stepchuk M.A., Pavlov K.V., Pinkus T.M., Abramova S.V., Bozhenko D.P. 2011. Metodicheskie podhody k ocenke kachestva medicinskih uslug. Nacional'nye interesy. Social'naja sfera. Moskva. № 30 (123). S.61-69 (in Russian).

Stepchuk M.A., Pavlov K.V., Pinkus T.M., Abramova S.V., Bozhenko D.P. 2011. Modernizacija zdavoohranenija regiona. Jekonomika i menedzhment. Izd-vo «KnigoGrad». Izhevsk. № 1. S.133-144 (in Russian).

Stepchuk M.A., Pavlov V.K., Pinkus T.M., Gospodyn'ko E.M. 2012. Sravnitel'nyj analiz oka-zanija pervichnoj mediko-sanitarnoj pomoshhi i sostojanija zdorov'ja sel'skoj i gorodskoj mestnosti (na primere Belgorodskoj oblasti). Regional'naja jekonomika: teorija i praktika. Moskva. №31(262). S.61-66 (in Russian).

Stepchuk M.A., Pinkus T.M., Bozhenko D.P. 2012. Uchastkovaja sluzhba – osnovnoe zvено pervichnoj mediko-sanitarnoj pomoshhi v Belgorodskoj oblasti. Nauchnye vedomosti. «Medicina. Farmacija». Bel GU. Belgorod. № 10 (129), Vypusk 18. S.121-126 (in Russian).

Stepchuk M.A. Pinkus T.M., Efremova O.A. Bozhenko D.P. 2012. Model' organizacii medicinskoj pomoshhi naseleniju Belgorodskoj oblasti. Nauchnye vedomosti. «Medicina. Farmacija». Bel GU. Belgorod. № 10 (129), Vypusk 18. S. 84-94 (in Russian).

Stepchuk M.A. 2013. Statsbornik. Osnovnye pokazateli dejatel'nosti lecebno-profilakticheskikh uchrezhdej i sostojanija zdorov'ja naselenija Belgorodskoj oblasti za 2012 god. OGKUZ «MIAC». Belgorod. 196 s (in Russian).

Stepchuk M.A. 2013. Doklad o sostojanii zdavoohranenija naselenija Belgorodskoj oblasti v 2012 godu. OGKUZ «MIAC». Belgorod. 82 s (in Russian).



Stepchuk M.A. 2014. Organizacija trjohurovnevoj sistemy okazanja pervichnoj mediko-sanitarnoj pomoshhi. Nauchno-prakticheskij zhurnal jekonomicheskikh reform. «Menedzher». Vostochno-ukrainskogo nacional'nogo universiteta im. V. Dalja (VAK). Lugansk. №3, Vypusk 15. S.54-62 (in Russian).

Stepchuk M.A. 2014. Doklad o sostojanii zdravoohraneniya naselenija i organizacii zdravo-ohraneniya po itogam dejatel'nosti za 2013 god. OGKUZ «MIAC». Belgorod. 123 s (in Russian).

Stepchuk M.A. 2014. Statsbornik. Osnovnye pokazateli dejatel'nosti lecebno-profilakticheskikh uchrezhdenij i sostojanija zdorov'ja naselenija Belgorodskoj oblasti za 2013 god. OGKUZ «MIAC». Belgorod. 196 s (in Russian).

Stepchuk M.A. 2015. Statsbornik. Osnovnye pokazateli dejatel'nosti lecebno-profilakticheskikh uchrezhdenij i sostojanija zdorov'ja naselenija Belgorodskoj oblasti za 2014 god. OGKUZ «MIAC». Belgorod. 194 s (in Russian).

Stepchuk M.A. 2015. Doklad o sostojanii zdravoohraneniya naselenija i organizacii zdravo-ohraneniya Belgorodskoj oblasti po itogam dejatel'nosti za 2014 god. OGKUZ «MIAC». Belgorod. 137 s (in Russian).