

**НАПРАВЛЕНИЯ И ДИНАМИКА РАЗВИТИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ
БЕЛГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ В УСЛОВИЯХ МОДЕРНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ****Константин Викторович ПАВЛОВ^{a,*}, Михаил Андреевич СТЕПЧУК^b, Татьяна Михайловна ПИНКУС^c**

^a доктор экономических наук, профессор, заслуженный деятель науки Удмуртской Республики, заведующий кафедрой экономики и менеджмента, Камский институт гуманитарных и инженерных технологий, Ижевск, Российская Федерация
kvp_ruk@mail.ru

^b кандидат медицинских наук, начальник отдела медицинской статистики областного государственного учреждения здравоохранения «Медицинский информационно-аналитический центр», Белгород, Российская Федерация
m.stepchuk@km.ru

^c заместитель директора по статистике, анализу и прогнозированию областного государственного учреждения здравоохранения «Медицинский информационно-аналитический центр», Белгород, Российская Федерация
belmiac@mail.ru

* Ответственный автор

История статьи:

Принята 11.08.2016

Принята в доработанном виде
22.09.2016

Одобрена 31.10.2016

Доступна онлайн 16.01.2017

УДК 614.2 + 26.89

JEL: E22, O30, O31

Аннотация

Предмет. Проводимая реформа здравоохранения направлена на обеспечение качества и доступности медицинской помощи, что должно способствовать повышению продолжительности активной жизни населения и является залогом устойчивого социально-экономического развития общества. Статья посвящена определению направлений, методов и форм инновационного развития и модернизации системы здравоохранения региона на основе организации и приоритета использования первичной медико-санитарной помощи.

Цели. Изучение состояния и динамики развития медицинской помощи, в том числе специализированных ее видов, населению Белгородской области за последнее время, а также определение прогнозов ее развития в обозримой перспективе.

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

Результаты. Определено, что на современном этапе развития общества реорганизация и модернизация системы здравоохранения региона как основа решения проблем сохранения здоровья населения зависят от активного межведомственного взаимодействия, от эффективности деятельности самой системы здравоохранения, решения проблем ее финансирования, укомплектования и уровня профессионализма кадров, оснащения медицинских организаций современным оборудованием, а также от эффективных методов и методик диагностики и лечения. Выявлены приоритетные направления развития первичной медико-санитарной помощи как формы перехода на трехуровневое ее оказание.

Выводы. В результате реализации мероприятий модернизации здравоохранения региона медицинская помощь получила свое развитие на всех уровнях ее оказания, в том числе на уровне первичной медико-санитарной помощи и на уровне оказания специализированных ее видов. Вместе с тем процесс модернизации здравоохранения Белгородской области осуществлялся недостаточно системно, что требует дальнейшего совершенствования системы управления здравоохранением региона, особенно отказа от приоритета оказания населению стационарной медицинской помощи.

Ключевые слова: регион, модернизация здравоохранения, Белгородская область, трехуровневое оказание медицинской помощи, межведомственное взаимодействие

© Издательский дом ФИНАНСЫ и КРЕДИТ, 2016

На современном этапе развития общества реорганизация и модернизация системы здравоохранения региона как основа решения проблем сохранения здоровья населения и решения связанных с этим иных социально-экономических проблем зависят от активного межведомственного взаимодействия, а также от эффективности деятельности самой системы здравоохранения, проблем его финансирования, укомплектования и уровня профессионализма

кадров, оснащения медицинских организаций современным оборудованием, эффективными методами и методиками диагностики и лечения и разработкой адекватной системы мотивации качественной работы специалистов [1]. В этой связи изучение динамики этих явлений в период модернизации здравоохранения региона приобретает первостепенную значимость и актуальность. Целями данного исследования являются изучение состояния и динамики

развития медицинской помощи (в том числе специализированных ее видов) в регионе за последнее время, а также определение перспектив ее развития.

Для достижения этих целей были определены и решены следующие задачи:

- анализ и изучение законодательной базы по организации медицинской помощи и развитию здравоохранения;
- осуществление оценки состояния здравоохранения и организации медицинской помощи в Белгородской области с приоритетом первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) и оценки специализированной (в том числе высокотехнологичной) помощи, а также формирование прогноза их развития на ближайшую перспективу.

В качестве методологической основы для достижения целей исследования использовался комплексный подход, а также методы статистического и сравнительного анализа [2]. В ходе работы были проанализированы различные аспекты организации медицинской помощи жителям региона и отдельных ее видов, дана ее оценка и представлены перспективы развития.

Здравоохранение Белгородской области в настоящее время располагает сетью медицинских организаций, в состав которой входят:

- больничные организации, имеющие в своем составе 53 врачебные амбулатории – 50;
- центры (отделения) врача общей (семейной) практики (ВОП) – 62;
- фельдшерско-акушерские пункты (ФАП) – 543;
- домовое хозяйство – 1;
- самостоятельные амбулаторно-поликлинические организации – 18;
- станции скорой медицинской помощи – 3;
- станции и отделения, не имеющие статуса юридического лица – 37;
- станции переливания крови – 4;
- круглогодичные санаторно-курортные организации, дома ребенка – 5;
- организации особого типа, не оказывающие медицинской помощи населению – 7.

В регионе также широко развита сеть частных и ведомственных медицинских организаций, девять из которых участвуют в реализации территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Белгородской области бесплатной медицинской помощи (далее – Программа). Преимущество в развитии системы здравоохранения региона отдано развитию внебольничной медицинской помощи и ее профилактического направления в целях увеличения продолжительности жизни и сокращения смертности населения [3]. Параллельно развивалась специализированная, в том числе высокотехнологичная медицинская помощь (ВМП).

Для обеспечения первичной медико-санитарной помощи 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 первичной медико-санитарной помощи [4]. Для жителей районных центров основным учреждением, оказывающим первичную медико-санитарную помощь, является поликлиника центральной районной больницы. Всего в 2014 г. такая помощь в области оказывалась 133 амбулаторными медицинскими организациями, в которых работало 14 454 чел., из них:

- врачей – 3 109;
- среднего медицинского персонала – 6 989;
- младшего медицинского персонала – 1 977.

С 2012 по 2014 г. обеспеченность врачебными кадрами амбулаторно-поликлинического звена увеличилась на 8,1% и составила в 2014 г. 20,1 специалиста на 10 000 чел. населения (в 2012 г. – 18,5); а обеспеченность средним медицинским персоналом увеличилась на 2,7% и составила 45,2 медика (в 2012 г. – 44) на 1 000 чел. населения¹.

В результате проведенной реорганизации мощность амбулаторно-поликлинических медицинских организаций за 2012–2014 гг. сократилась всего на 0,3% и составила в 2014 г.

¹ Степчук М.А. Основные показатели деятельности лечебно-профилактических учреждений и состояния здоровья населения Белгородской области. Статсборник. Белгород: ОГКУЗ «МИАЦ», 2015. 200 с.

33 812 посещений в смену (2012 г. – 33 923 посещения). Соответственно несколько снизилась обеспеченность населения амбулаторно-поликлиническими организациями, которая составила 218,7 посещений в смену на 10 000 чел. населения, что ниже среднего показателя по Центральному федеральному округу (в 2013 г. – 234,5 посещений). 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 посещения на одного жителя в год. В то же время в связи с активным развитием профилактического направления работы первичного звена изменилась структура посещений (рис. 1). Анализ данных, представленных на этом рисунке, свидетельствует о том, что количество посещений с профилактической целью увеличилось на 32% и составило в 2014 г. 3,3 посещения на одного жителя в год (в 2012 г. – 2,5 посещения), а их доля в структуре посещений увеличилась на 5,5% и составила 35,5% от общего количества посещений в поликлинике и на дому (в 2012 г. – 30%). Доля посещений по поводу заболеваний уменьшилась на 13% и составила 6 посещений на одного жителя в год в 2014 г. (в 2012 г. – 6,9). Это подтверждает существование тенденции о переориентации работы врачей первичного звена на профилактическую работу. Для этого проводилась диспансеризация определенных групп взрослого населения области. Общее количество граждан, подлежащих диспансеризации в 2014 г., составило 301 258 чел. (прошли диспансеризацию 301 478 чел., что составляет 100,1% от плана). С помощью мобильных бригад в рамках диспансеризации обследовано 13,8% населения, а граждан, проживающих в сельской местности – 44,6%. Доля отказов от отдельных исследований составила 4,3%, а доля письменных отказов от диспансеризации в целом – 1,3%. По половому признаку обследованные распределились следующим образом:

- мужчины – 44,1%;
- женщины – 55,9%.

По возрастному признаку:

- 21–35 лет – 33,7%;
- 36–60 лет – 41,3%;
- старше 60 лет – 25%.

В результате осмотров по группам здоровья граждане распределились следующим образом:

- I группа здоровья – 32,7% (98 531 чел.);
- II группа здоровья – 23,4% (70 588 чел.);
- III группа здоровья – 43,9% (132 359 чел.).

Частота выявленных поведенческих факторов риска составила:

- 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 1 000 обследованных):

- болезни системы кровообращения – 15,61 чел.;
- эндокринологические заболевания – 6,83 чел.;
- болезни органов пищеварения – 6,4 чел.;
- болезни глаз – 3,28 чел.;
- болезни нервной системы – 2,33 чел.;
- болезни органов дыхания – 1,9 чел.;
- болезни крови – 0,97 чел.;
- злокачественные новообразования – 0,78 чел.;
- глаукома – 0,57 чел.

Кроме этого, выявлены злокачественные новообразования следующих локализаций:

- молочной железы – 180 случаев;
- предстательной железы – 93 случая;
- женских половых органов – 24 случая;
- желудочно-кишечного тракта (нижние отделы) – 9 случаев;
- трахеи, бронхов, легких – 11 случаев;
- желудочно-кишечного тракта (верхние отделы) – 3 случая.

В итоге по результатам диспансеризации приняты следующие решения:

- установлено диспансерное наблюдение – 22,2% лиц;
- назначено лечение – 21,7% населения;
- направлено на дополнительное диагностическое исследование – 0,5% лиц;

направлено на получение специализированной, в том числе высокотехнологической медицинской помощи – 0,13% лиц;

- направлено на санаторно-курортное лечение – 3,7% обследованных лиц.

По мнению авторов, смысл и цель диспансерного наблюдения для граждан, имеющих хронические неинфекционные заболевания (ХНИЗ) или хотя бы высокий риск их развития – это:

- достижение заданных значений параметров фискального, лабораторного и инструментального обследования;
- коррекция факторов риска развития заболевания;
- предупреждение обострений хронических неинфекционных заболеваний;
- снижение количества обращений к врачу, вызовов скорой помощи и госпитализаций;
- повышение качества жизни и снижение числа предотвратимых смертей [5].

Мероприятия по достижению этих целей включены в подпрограмму развития первичной медико-санитарной помощи и реализуются в районах Белгородской области.

В целом значение первичной медико-санитарной помощи 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. Для повышения доступности встречи пациента с врачом практически во всех амбулаторно-поликлинических учреждениях области реализована возможность электронной записи на прием с использованием информационно-сенсорных терминалов и интернет-сервисов [6].

Для повышения доступности медицинской помощи преимущественно пожилого сельского населения в отдаленных селах и хуторах, проведения осмотров и диспансеризации используются медицинские мобильные бригады. Количество таких бригад, созданных при центральных районных больницах (ЦРБ), за 2012–2014 гг. увеличилось на 7 ед. и составило 36 бригад (в 2012 г. – 29 бригад)². На 34,6% увеличилось количество их выездов, на 30,6% –

количество осмотренных жителей, а количество диспансерных больных, получивших консультации – в 5,4 раза (табл. 1).

В целом увеличивалась нагрузка на каждую бригаду, поэтому для эффективной и качественной работы специалистами использовалось портативное оборудование. Кроме того, в целях повышения доступности первичной медико-санитарной помощи сельскому населению внедряется использование дистанционных видов помощи, в том числе возможности телемедицины.

Важной составляющей первичной медико-санитарной помощи является скорая медицинская помощь (СМП). Для обеспечения населения данным видом помощи в Белгородской области создана широкая сеть станций (подстанций), три из которых являются самостоятельными юридическими лицами, а 38 отделений организованы в административных районах при центральных районных больницах. Радиус обслуживания в городской черте не превышает 10 км., в селе – около 30 км. В крупных городах и районных центрах (Белгород, Старый Оскол, Губкин и Валуйки) созданы подстанции скорой медицинской помощи из расчета 20-минутной транспортной доступности. Количество выездов бригад скорой медицинской помощи в 2014 г. снизилось и составило 316 вызовов на 1 000 чел. населения (в 2012 г. – 317 вызовов), при федеральном нормативе, составляющем 318 вызовов.

Ежедневно в области осуществляется около 1 341 выездов скорой помощи на вызовы. В течение года работало 493 бригады (в 2012 г. – 471 бригад), из них:

- врачебных – 79 (в 2012 г. – 84);
- фельдшерских – 362 (в 2012 г. – 335);
- бригад интенсивной терапии – 29 (в 2012 г. – 28);
- психиатрических – 10 (в 2012 г. – 10);
- педиатрических – 13 (2012 г. – 14).

Обеспеченность врачебными бригадами в 2014 г. снизилась и составила 0,31 бригады на 10 000 чел. населения (в 2012 г. – 0,33), фельдшерскими бригадами – 0,23 (в 2012 г. – 0,22). Уменьшилась укомплектованность врачебных должностей в скорой медицинской помощи и с учетом совместительства она составила 92,9% (в 2012 г. – 98,6%); средним медицинским персоналом – 98,7% (в 2012 г. – 99,4%).

² Стенчук М.А. Основные показатели деятельности лечебно-профилактических учреждений и состояния здоровья населения Белгородской области. Статсборник. Белгород: ОГКУЗ «МИАЦ», 2015. 200 с.

Кроме основной задачи служба скорой медицинской помощи осуществляла перевозку инфекционных больных, плановых больных, в том числе больных на гемодиализ и др. За анализируемый период наблюдается уменьшение на 4,4% количества перевозок (с 30 457 в 2012 г. до 29 093 в 2014 г.) и в структуре вызовов перевозки в 2014 г. составили 6% (в 2012 г. – 6,2) [5].

В целях рационального использования скорой медицинской помощи проводится работа по переадресовке больных с неотложными состояниями (в часы работы поликлиник) участковой службе. Для их обслуживания в поликлиниках Белгорода запланировано открытие кабинетов неотложной помощи [7]. В настоящее время решаются вопросы оптимизации оказания скорой медицинской помощи в рамках Белгородской агломерации, а также расширения радиуса обслуживания муниципальных больничных учреждений здравоохранения (МБУЗ) бригадами скорой медицинской помощи Белгорода за счет территории Белгородского района и улучшения взаимодействия указанных структурных подразделений скорой медицинской помощи. В планах на ближайшую перспективу в целом по области количество вызовов скорой медицинской помощи должно снизиться до 313 на 1 000 чел. населения в год. Этому будет способствовать использование программы ГЛОНАС, переход на единую диспетчерскую службу и обслуживание вызовов по принципу ближайшей бригады.

Неоценимо значение в оказании медицинской помощи населению восстановительного лечения и реабилитации, которые направлены на восстановление физического, психологического и функционального состояния, трудовой и профессиональной деятельности пациентов [8]. В Белгородской области создана многоуровневая система восстановительного лечения и медицинской реабилитации, включающая в себя ряд этапов: стационарный, амбулаторно-поликлинический и санаторно-курортный. Основные реабилитационные мероприятия в области осуществляются в амбулаторно-поликлинических и стационарных учреждениях здравоохранения [9].

Восстановительное лечение и медицинская реабилитация начинается с первых дней пребывания больного в стационаре. Кроме этого, оно обеспечивается:

- в Ново-Таволжанской больнице медицинской реабилитации – 192 койки;

- в отделении восстановительного лечения и медицинской реабилитации Алексеевской центральной районной больницы – 20 коек;
- в Чернянской центральной районной больнице – 15 коек;
- в Вейделевской центральной районной больнице – 15 коек;
- на базе санатория «Красиво» – 64 койки.

Всего в стационарных отделениях медицинская реабилитация в 2014 г. проводилась по кардиологическому, неврологическому, ортопедическому, терапевтическому профилю и по профилю патологии беременности. Непосредственно в санатории «Красиво» осуществляется реабилитация кардиологических больных после хирургических вмешательств, стентирования, протезирования клапанов, которые в общей массе прошедших реабилитацию составляли до 35%. Средняя по региону длительность реабилитационного курса на специализированных койках составила 16 дней, что на 27% ниже федерального норматива (22 дня).

Долечивание после стационарного лечения организовано в отделениях (кабинетах) восстановительного лечения, физиотерапии, лечебной физкультуры, рефлексотерапии медицинских организаций, а также в санаторно-курортных учреждениях³ [10]. На базе Белгородской областной клинической больницы Свяителя 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 лечебной физической культуры, массажа в городских поликлиниках области, Яковлевской, Новооскольской, Грайворонской, Волоконовской, Корочанской и других центральных районных больниц.

Для оздоровления населения в системе здравоохранения области имеется пять санаториев круглогодичного функционирования общей коечной мощностью 850 коек:

- санаторий «Красиво» на 450 коек;
- санаторий для детей с родителями в Белгороде на 100 коек;

³ Павлов К.В. Патологические процессы в экономике. М.: Магистр, 2009. 458 с.

- городской детский санаторий «Надежда» в г. Старый Оскол на 100 коек;
- детский санаторий в г. Грайворон на 100 коек;
- детский противотуберкулезный санаторий в п. Ивня на 100 коек.

В 2014 г. санаторно-курортное лечение получило 16 198 чел., что на 9,2% больше, чем за 2012 г. Из общего числа получивших санаторно-курортное лечение в 2014 г. 29,8% составили дети до 17 лет (в 2012 г. – 37,2%).

Для улучшения оказания медицинской помощи по восстановительному лечению, медицинской реабилитации и санаторно-курортному оздоровлению населения области по предложению авторов в Программу включены и реализуются следующие мероприятия [5]:

- внедрение новых методик восстановительного лечения и реабилитации больных;
- укрепление материально-технической базы учреждений медицинской реабилитации;
- оснащение эффективным медицинским оборудованием учреждений, осуществляющих восстановительное лечение и медицинскую реабилитацию;
- проведение последиplomной подготовки врачей-специалистов по медицинской реабилитации;
- обеспечение преемственности между медицинскими учреждениями восстановительного лечения, медицинской реабилитации, общей лечебной сети и санаторно-курортными учреждениями;
- обеспечение выполнения квот на лечение в стационарах больниц и отделениях медицинской реабилитации и восстановительного лечения.

Паллиативная медицинская помощь является актуальной в здравоохранении области [11]. Она призвана улучшить качество жизни пациентов с различными хроническими заболеваниями, когда возможности специализированного лечения ограничены или исчерпаны. В регионе за последние три года в многопрофильных больницах была организована 281 паллиативная койка, в том числе 263 койки для взрослых, 18 коек для детей. Кроме этого, функционируют 35 паллиативных коек для онкологических больных в Областном онкологическом диспансере. Обеспеченность паллиативными койками в области составляет 2 койки на 10 000 чел. населения, что значительно выше общероссийского показателя (в 2013 г. – 0,21

койка). В 2014 г. на паллиативных койках было пролечено 6 562 чел., из них умерло 206 чел., 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 Российской Федерации (за 2014 г. – 22 дня). Функционирование паллиативных коек составило 273 дня в году. Низкие показатели функционирования паллиативных коек объясняются наличием объективных и субъективных причин:

- продолжалась организация службы и учебы 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. [12].

Одним из основных критериев оценки работы первичного звена является показатель смертности прикрепленного населения к данному участку, в том числе на дому. В 2014 г. в области зарегистрировано 21 641 случаев смерти (около двух случаев на один участок в месяц, в Российской Федерации – три случая). Случаев смерти на дому лиц всех возрастов зарегистрировано 14 848 (в 2012 г. – 16 138), или 1,2 случая на один участок в месяц. Из них:

- в возрасте 0–17 лет включительно – 25 случаев, или 0,17% (в 2012 г. – 32 случая, или 0,2%);
- в трудоспособном возрасте (женщины 18–54 года, мужчины 18–59 лет) – 2 357 случаев, или 15,9% (в 2012 г. – 2 460 случаев, или 15,2%);
- старше трудоспособного возраста – 12 466 случаев, или 84% (в 2012 г. – 13 646 случаев, или 84,6%).

При проведении анализа смертности на дому авторы особое внимание обратили на группу лиц до 17 лет включительно и на случаи умерших на дому в трудоспособном возрасте.

Так, за анализируемые годы количество случаев смерти на дому лиц в возрасте 0–17 лет включительно уменьшилось на 23,3%, то есть 9,2% на 100 000 чел. детского населения (в 2012 г. – 12%). Однако показатель младенческой смертности (смертность детей до года) на дому увеличился на 8% и составил 4,1 чел. на 100 000 чел. детского

населения (в 2012 г. – 3,8 чел.). При этом удельный вес младенческой смертности на дому (этот показатель имеет важное социальное значение, так как особенно высок риск гибели детей из семей социального риска и, прежде всего, зависит от недостаточного ухода родителей за детьми раннего возраста) увеличился на 12,7% и составил 44% от всех умерших на дому в возрасте 0–17 лет (в 2012 г. – 31,3%). Увеличился на 0,9% и показатель количества лиц, умерших на дому в трудоспособном возрасте, который составил 267,9 чел. на 100 000 чел. населения соответствующей возрастной группы (в 2012 г. – 265,5 чел.). Это обстоятельство требует разработки дополнительных мероприятий по профилактике как младенческой смертности, так и смертности населения трудоспособного возраста на дому⁴.

Для государства большое значение имеет снижение финансовых затрат на дорогостоящее стационарное лечение. В этой связи первичная медико-санитарная помощь 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 организаций. При этом затраты на оказание данного вида медицинской помощи в 4–5 раз уступают затратам на оказание стационарной помощи населению. Для этого в регионе часть объемов стационарной помощи планомерно перемещалась в область амбулаторной помощи. Круглосуточный коечный фонд области на 01.01.2015 составил 11 994 койки. В зависимости от потребности в оказании тех или иных видов помощи осуществлялась оптимизация дорогостоящих, неэффективно используемых стационарных коек. Так, за последние три года в области было сокращено 89 коек круглосуточного пребывания различных профилей. В связи с этим обеспеченность круглосуточным коечным фондом уменьшилась и составила в 2014 г. 77,6 койки на 10 000 чел. населения (в 2012 г. – 78,5 койки). Этот показатель ниже среднего по Центральному федеральному округу (в 2013 г. – 79,8 койки). В результате улучшилась эффективность работы стационара [13].

Таким образом, после приведения деятельности стационарных медицинских организаций

к федеральным нормативам и стандартам оказания медицинской помощи и развития амбулаторно-поликлинической помощи в Белгородской области значительно сократились такие показатели использования коечного фонда, как уровень госпитализации (на 3,2%) и длительность лечения (на 6,5%).

Для компенсации объемов стационарной помощи за эти годы успешно развивались более экономичные стационарозамещающие виды медицинской помощи: дневные стационары при поликлиниках и дневные стационары на дому. В 2014 г. функционировали 61 дневной стационар для взрослых и семь дневных стационаров для детей. Коечный фонд стационарозамещающих видов помощи составил 2 781 место и 269 условных мест в стационарах на дому, которые эффективно использовались. В общей сложности в 2014 г. в дневных стационарах было пролечено 86,8 тыс. чел., что составляет 986,1 тыс. пациентодней, или 638 дней на 1 000 чел. жителей. Это полностью удовлетворяет потребность в этом виде помощи.

В соответствии с Программой осуществлялся переход на трехуровневое оказание медицинской помощи и внедрялись новые формы организации первичной медико-санитарной помощи, особенно в пилотных районах, включающий:

переход на более эффективную и менее затратную трехэтапную стандартизованную организационную систему оказания первичной медико-санитарной помощи первого уровня с приоритетом профилактики;

- развитие трехэтапной стандартизованной организационной системы оказания первичной медико-санитарной помощи в сельской местности по принципу врача общей практики;
- приведение к стандартам оснащенности медицинских организаций;
- широкое использование межрайонных центров и других эффективных подходов и методов, обеспечивающих повышение качества и социально-экономическую эффективность первичной помощи.

Одновременно использовались новые формы финансирования первичной помощи, в частности, одноканальное финансирование на основе подушевого норматива с применением частичного фондодержания, консолидация средств бюджетов всех уровней в системе здравоохранения региона, а также отраслевая оплата труда медицинских работников как стационаров, так и первичного

⁴ Стенчук М.А. Основные показатели деятельности лечебно-профилактических учреждений и состояния здоровья населения Белгородской области. Статсборник. Белгород: ОГКУЗ «МИАЦ», 2015. 200 с.

звена, что в итоге должно обеспечить привлечение квалифицированных специалистов и повысить мотивацию улучшения качества их труда [14]. Кроме того, использовалось привлечение инвесторов, государственно-частное партнерство и иные формы. В настоящее время от состояния первичной медико-санитарной помощи зависит эффективность и качество деятельности всей системы здравоохранения региона, сохранение трудового потенциала области, а также решение медико-социальных проблем, возникающих, в том числе на уровне семьи и у социально незащищенных групп населения [15].

Вместе с тем эти задачи не могут быть решены только лишь за счет работы системы здравоохранения. Для этого требуется эффективное межведомственное взаимодействие. Для активного выявления факторов риска и своевременного принятия мер профилактической направленности, в особенности среди наиболее уязвимых групп населения, представляется целесообразным сформировать «медико-социальные группы», в состав которых могут быть включены социальный работник, участковый полицейский, а также медицинский работник. В обязанности этой группы должны включать:

- патронаж хронических больных и лиц с факторами риска развития различных заболеваний (алкоголизм, наркомания);
- проведение профилактических бесед;
- контроль за приемом лекарственных препаратов и выполнением назначений врача среди граждан, нуждающихся в социальном обслуживании.

Профилактические мероприятия будут направлены на снижение смертности населения от:

- цереброваскулярных болезней;
- острого нарушения мозгового кровообращения;
- острого коронарного синдрома;
- гипертонической болезни;
- ишемической болезни сердца;
- сахарного диабета;
- онкологических заболеваний;
- туберкулеза;
- болезней органов дыхания;
- болезней органов пищеварения;
- внешних причин.

При этом обязателен контроль за параметрами таких факторов, как: артериальное давление, липидный спектр, глюкоза крови. Это позволит на первом уровне оказания медицинской помощи:

- выявлять заболевания на ранних стадиях развития, а также обострения хронических заболеваний;
- осуществлять процедуры оздоровления и коррекции факторов риска развития заболеваний;
- предотвратить госпитализацию в круглосуточный стационар и применение специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи.

В настоящее время продолжается процесс старения населения региона, наблюдается высокий уровень хронических заболеваний и их осложнений у лиц пожилого возраста, что требует оказания им затратной специализированной, в том числе, высокотехнологичной медицинской помощи. Для этого организована трехуровневая система оказания медицинской помощи на базе созданных межрайонных специализированных центров, а также на основе определения путей рациональной маршрутизации пациентов, соблюдения этапности оказания медицинской помощи в соответствии с утвержденными порядками и стандартами. В рамках территориальной Программы оказания специализированной медицинской помощи в условиях круглосуточных стационаров организовано в 42 государственных и в восьми муниципальных медицинских организациях:

- 1) первый уровень включает 17 медицинских организаций, оказывающих первичную, в том числе первичную специализированную медико-санитарную помощь;
- 2) второй уровень включает 13 медицинских организаций, на базе которых организованы межмуниципальные центры для оказания специализированной медицинской помощи по следующим профилям:
 - акушерство;
 - неонатология;
 - кардиология;
 - неврология;
 - травматология;
 - инфекция;

- офтальмология;
- оториноларингология;
- хирургия;
- гастроэнтерология;
- паллиативная помощь;

3) третий уровень включает 20 медицинских организаций, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную медицинскую помощь. В их число входит ряд стационарных учреждений и отделений, где оказывается специализированная помощь больным, страдающим социально-значимыми заболеваниями.

Так, например, онкологическая помощь населению области оказывается в Белгородском онкологическом диспансере, детской областной клинической больнице и городской больнице № 2 Старооскольского городского округа. Коечный фонд онкологической службы представлен 423 койками, в том числе 253 коек онкологического профиля для взрослых, 35 коек для детей, 35 коек для оказания паллиативной помощи и 100 радиологических коек⁵. В 2014 г. средняя длительность работы койки-места онкологического профиля снизилась на 6,2% и составила 336 дней в году (в 2012 г. – 358 дней), при утвержденном показателе на 2014 г., составляющем 327 дней. Работа койки-места с перегрузкой в онкологическом диспансере связана с неэффективным использованием коек в городской больнице № 2 (г. Старый Оскол). Всего на онкологических койках в 2014 г. было пролечено 13 057 больных, из них умерло 67 чел., при этом больничная летальность составила 0,5%. В целом больничная летальность от злокачественных новообразований во всех стационарах области составила 1,8% (в 2012 г. – 1,3%). Длительность лечения онкологических больных увеличилась на 7,9% и составила 10,9 дней (в 2012 г. – 10,1 дня). 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 три года выросла на 2% и составила 0,52 специалиста на 10 000 чел. населения (в 2012 г. – 0,51). В поликлинике количество штатных должностей онкологов составило 61,5 ед., занятых –

56 ед., физических лиц – 44 онколога, коэффициент совместительства составил 1,3.

Фтизиатрическую помощь населению оказывают три 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 в области сократилась на 9,4% и составила 2,9 койки на 10 000 чел. населения (в 2012 г. – 3,2 койки). Сокращение коечного фонда связано с тем, что в регионе идет снижение уровня общей заболеваемости туберкулезом. Медицинскую помощь туберкулезным больным оказывает 71 врач фтизиатр при штатной численности 116 ед., (занятых – 111,75 ед.). Укомплектованность составила 94,8%, коэффициент совместительства – 1,6 (в 2012 г. – 1,5). В поликлинике количество штатных должностей составляет 80 ед., занятых – 75,75 ед., физических лиц – 54 ед., в том числе 31 ед. – участковый фтизиатр. Укомплектованность в поликлинике составила 94,7%, коэффициент совместительства – 1,4.

Психиатрическую помощь жители получают в четырех специализированных стационарах и психиатрическом отделении центральной районной больницы, кроме того, в поликлиниках оказывается психиатрическая помощь в амбулаторных условиях. Коечный фонд психиатрической службы за последние три года сократился на 1% и представлен 1 000 койками, в том числе 960 коек для взрослых и 40 – для детей, из них 980 коек в специализированных стационарах и 20 – в отделении центральной районной больницы. Обеспеченность койками сократилась на 1,5% и составила 6,5 койки на 10 000 чел. населения (в 2012 г. – 6,6 койки). По Российской Федерации обеспеченность психиатрическими койками в 2013 г. составила 10 коек. Работа койки-места составила в среднем 327 дней. В 2014 г. пролечено 4 918 больных, из них 27 умерло, больничная летальность составила 0,55%. Всего в учреждениях здравоохранения области работает 88 врачей психиатров, в том числе 49 врачей в поликлинике при штатной численности 139,75 ед., из них 56,75 ед. составляют должности участковых психиатров. Занятых должностей 139,25 ед., укомплектованность составила 63%, коэффициент совместительства – 1,6. Обеспеченность врачами психиатрами за последние три года увеличилась на 20% и составила 0,6 специалиста на 10 000 чел. населения (в 2012 г. – 0,5 специалиста).

⁵ Стенчук М.А. Основные показатели деятельности лечебно-профилактических учреждений и состояния здоровья населения Белгородской области. Статсборник. Белгород: ОГКУЗ «МИАЦ», 2015. 200 с.

Наркологическую службу области представляют два наркологических диспансера, наркологическое отделение центральной районной больницы и штат психиатров-наркологов, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях. Коечный фонд наркологической службы в течение последних лет не изменялся и составляет 130 коек, в том числе 120 коек – в наркологических диспансерах и 10 коек – в центральной районной больнице. Обеспеченность составила 0,84 койки на 10 000 чел. населения (в Российской Федерации в 2013 г. этот показатель составлял 1,7 койки). Работа койки-места составила 328 дней. В 2014 г. было пролечено 3 815 больных, из них умерло 16 чел., больничная летальность составила 0,4%. Всего в учреждениях здравоохранения области 112,5 штатных должностей психиатров-наркологов, в том числе 21 участковый врач. Занято всего 108,5 ед., или 96,4% (в 2012 г. эти показатели составляли 118 и 112,5% соответственно). В поликлинике количество штатных должностей составляет 95,5 ед., занятых – 93 ед. (97,4%). Фактически работает 68 врачей психиатров-наркологов, в том числе 55 врачей – в поликлинике. Обеспеченность врачами наркологами увеличилась на 10% и составила 0,44 специалиста на 10 000 чел. населения (в 2012 г. – 0,4 специалиста). Коэффициент совместительства составил – 1,6, в поликлинике – 1,7.

Дерматовенерологическую помощь в области оказывают два кожно-венерологических диспансера и врачи дерматовенерологи в амбулаторно-поликлинических условиях. Коечный фонд дерматовенерологической службы за последние три года не изменился и составляет 104 койки, в том числе 89 коек дерматологического и 15 коек – венерологического профиля. Обеспеченность составляет 0,67 койки на 10 000 чел. населения (в Российской Федерации в 2013 г. этот показатель составлял 0,91 койки). Работа дерматовенерологических коек в 2014 г. в среднем составила 336 дней. Всего в учреждениях здравоохранения области 93 штатные должности дерматовенерологов, при этом занято – 91,75 ед. (98,6%). В поликлинике количество штатных должностей составляет 84 ед., занятых – 82,75 ед. (98,5%). Фактически работают 78 врачей дерматовенерологов, в том числе 72 врача в поликлинике. Обеспеченность врачами дерматовенерологами увеличилась на 19% и составила 0,5 специалиста на 10 000 чел. населения (в 2012 г. – 0,42). Коэффициент совместительства составил – 1,2, в поликлинике – 1,15.

Таким образом, населению области оказывается специализированная медицинская помощь на всех

трех уровнях, в том числе больным, страдающим социально значимыми заболеваниями [16]. Однако для ее развития, повышения доступности и качества необходимо доукомплектовать учреждения квалифицированными специалистами и оснастить эффективным оборудованием. В первую очередь это необходимо сделать в межрайонных центрах.

Обеспеченность населения высокотехнологичной медицинской помощью является показателем уровня развития здравоохранения области, а объем этой помощи характеризует уровень развития первичной медико-санитарной помощи и степень эффективности ее функционирования. В 2014 г. в рамках реализации подпрограммы государственной программы «Развитие здравоохранения Белгородской области на 2014–2020 годы» проводился отбор пациентов, нуждавшихся в оказании им высокотехнологичной медицинской помощи как в муниципальные и областные учреждения здравоохранения, так и в медицинские учреждения федерального подчинения.

В области имеют лицензии на оказание высокотехнологичной медицинской помощи пять медицинских организаций, в том числе три областных и две муниципальных. В 2014 г. было пролечено в этих учреждениях 2 864 пациента, из них 1 649 пациентам помощь была оказана за счет средств обязательного медицинского страхования (ОМС). На оказание высокотехнологичной медицинской помощи планировалось выделение средства из бюджетов всех уровней в сумме 195, 8 млн руб. (в 2013 г. – 291,7 млн руб.), из них:

- из областного бюджета – 167,3 млн руб. (в 2013 г. – 225,4 млн руб.);
- из Федерального бюджета – 28,5 млн руб. (в 2013 г. – 66,4 млн руб.).

В 2014 г. всего поступило средств в сумме 195,1 млн руб. (дефицит – 0,4% за счет всех бюджетов). Фактически израсходовано было 204,3 млн руб. (в том числе остаток средств в 2013 г. составил 8,9 млн руб.).

В Белгородской областной клинической больнице Святителя Иоасафа высокотехнологичная медицинская помощь оказывается по 11 лицензированным профилям, в том числе:

- нейрохирургии;
- неонатологии;
- онкологии;
- сердечнососудистой хирургии;

- ортопедии (эндопротезы);
- травматологии и ортопедии;
- трансплантологии;
- абдоминальной хирургии;
- урологии;
- акушерству и гинекологии.

Всего в 2014 г. в этой больнице оказана высокотехнологичная медицинская помощь 1 215 больным, в том числе в области⁶:

- абдоминальной хирургии – 30;
- акушерства и гинекологии – 60;
- нейрохирургии – 127;
- онкологии – 70;
- офтальмологии – 98;
- сердечнососудистой хирургии – 587;
- травматологии и ортопедии (эндопротезы) – 200;
- трансплантологии – 7;
- урологии – 5.

Анализ показал, что за 2012–2014 гг. объем оказания высокотехнологичной медицинской помощи в Белгородской областной клинической больнице Святителя Иоасафа увеличился на 14,4%, однако в сравнении с 2013 г. он уменьшился на 28,9%. Это произошло за счет снижения финансирования из областного и федерального бюджетов. Динамика объемов высокотехнологичной медицинской помощи, оказанной в Белгородской областной клинической больнице Святителя Иоасафа за 2012–2014 гг. представлена в табл. 2.

Средняя длительность пребывания больного на койке в Белгородской областной клинической больнице Святителя Иоасафа за 2012–2014 гг. представлена в табл. 3.

Анализ данных, приведенных в этой таблице, свидетельствует о том, что средняя длительность пребывания больного на профильных койках высокотехнологичной медицинской помощи следующая:

- абдоминальной хирургии – 15,9 дня (в 2012 г. – нет);

- акушерства и гинекологии – 9,8 дня (в 2012 г. – 18,1 дня);
- сердечнососудистой хирургии – 15,1 дня (в 2012 г. – 17,3 дня);
- травматологии и ортопедии – 19,4 дня (в 2012 г. – 19,5 дня);
- травматологии и ортопедии (эндопротезы) – 11,7 дня (в 2012 г. – 13,9 дня);
- нейрохирургии – 19,8 дня (в 2012 г. – 17,8 дня);
- онкологии – 14,6 дня (в 2012 г. – 12,5 дня);
- трансплантологии – 41,8 дня (в 2012 г. – 46,7 дня);
- урологии – 13,8 дня (2013 г. – нет);
- офтальмологии – 9,5 дня (2013 г. – нет).

Таким образом, средняя длительность лечения уменьшилась на 6,9 дня и составила 17,4 дня (в 2012 г. она составляла 24 дня)⁷. При этом умерло 15 пациентов (в 2013 г. – 17 пациентов), в том числе в кардиохирургическом отделении – 12 пациентов (в 2013 г. – 11 пациентов), в нейрохирургическом отделении – три пациента (в 2013 г. – пять пациентов). Больничная летальность составила 1,2% (в 2013 г. – 1%).

В детской областной клинической больнице по мере получения лицензий на осуществление медицинской деятельности расширилось оказание высокотехнологичной медицинской помощи по профилям и увеличился ее объем. Так, в 2014 г. больница имела бессрочные лицензии по следующим профилям:

- неонатология;
- оториноларингология;
- онкология;
- педиатрия;
- урология-андрология;
- гематология;
- абдоминальная хирургия;
- травматология и ортопедия.

По этим профилям объем высокотехнологичной медицинской помощи увеличился на 15,25%,

⁶ Степчук М.А. Основные показатели деятельности лечебно-профилактических учреждений и состояния здоровья населения Белгородской области. Статсборник. Белгород: ОГКУЗ «МИАЦ», 2015. 200 с.

⁷ Степчук М.А. Основные показатели деятельности лечебно-профилактических учреждений и состояния здоровья населения Белгородской области. Статсборник. ОГКУЗ «МИАЦ». Белгород, 2015. 200 с.

или на 204 ребенка (в 2012 г. – 177 детей), в том числе по профилям:

- травматология и ортопедия – 34 ребенка;
- онкология – 40 детей;
- педиатрия – 83 ребенка;
- неонатология – 13 детей;
- урология – 20 детей;
- отоларингология – 14 детей.

Наряду с этим уменьшилось на 37,1% количество детей, направленных в федеральные медицинские учреждения, которое составило 1 248 детей (в 2012 г. – 1 984 ребенка), в том числе:

для получения высокотехнологичной медицинской помощи – 748 детей (в 2012 г. – 1 639 детей);

по скорой медицинской помощи – 500 детей (в 2012 г. – 345 детей), из них выполнено кардиохирургических операций – 159 детям (в 2012 г. – 82 детям).

Кроме того, на базе Белгородской областной клинической больницы Святителя Иоасафа кардиохирургических операций проведено на 50% меньше (в 2012 г. – на 24%). Таким образом, за анализируемые годы в целом по области объем высокотехнологичной медицинской помощи детям уменьшился на 26,2%.

В Белгородском онкологическом диспансере в 2014 г. для оказания высокотехнологичной медицинской помощи было выделено 177 квот по областному бюджету и 10 квот – по федеральному. По состоянию на 01.01.2015 квоты были освоены на 100% (как и в предыдущие два года).

В городских клинических больницах № 1 и 2 Белгорода выполнены небольшие объемы высокотехнологичной медицинской помощи по замене крупных суставов.

Высокотехнологичная медицинская помощь населению области оказывается в муниципальных и областных учреждениях здравоохранения, а также в медицинских учреждениях федерального подчинения за счет средств областного

и федерального бюджетов, средств обязательного медицинского страхования и внебюджетных источников. Однако за последние три года финансирование высокотехнологичной медицинской помощи за счет средств бюджетов снизилось на 32,9%, что привело к уменьшению ее объемов на 11,8% и увеличению времени на ожидание ее получения у ряда больных.

Таким образом, анализ системы оказания медицинской помощи населению в период модернизации здравоохранения в Белгородской области показал, что эта система получила свое развитие на всех уровнях ее оказания: первичная медико-санитарная помощь, специализированные ее виды, в том числе высокотехнологичная медицинская помощь. Однако модернизация проводилась недостаточно системно. При осуществлении процесса оптимизации объемов стационарной помощи медленными темпами реорганизовывалась и совершенствовалась система оказания амбулаторной помощи. Росли требования к специалистам и к показателям объема их работы, в том числе по оформлению документации. Это происходило при дефиците кадров и отсутствии в ряде медицинских организаций достаточного количества средств на адекватную мотивацию труда медицинских работников. Этому также способствовало сложное социально-экономическое положение в регионе в связи с продолжающимся кризисом в стране, ростом дефицита финансирования программных мероприятий по развитию здравоохранения и медицинской помощи, в том числе высокотехнологичной, без своевременной отсрочки их реализации. Все это требует дальнейшего совершенствования системы управления, организации и реализации мероприятий по внедрению трехуровневого оказания медицинской помощи населению, а также внедрению оптимальной стандартизированной системы организации ее первого уровня. Реализация этих мероприятий позволит вернуть доверие населения к преимущественному оказанию амбулаторной помощи, к отказу от приоритета стационарной помощи и ускорению процесса переориентации специалистов первичного звена на профилактическую работу.

Таблица 1

Динамика работы врачей мобильных бригад центральных районных больниц области за 2012–2014 гг.

Table 1

Dynamics of the work of mobile medical teams of the Belgorod oblast's central district hospitals for 2012–2014

Мобильные бригады	Количество выездов				Осмотрено человек				Проконсультировано человек			
	2012	2013	2014	2014 г./2012 г., %	2012	2013	2014	2014 г./2012 г., %	2012	2013	2014	2014 г./2012 г., во сколько раз
Всего	1 131	1 397	1 522	134,6	81 548	99 592	106 494	130,6	8 149	21 584	44 292	В 5,4 раза больше
Одна бригада	39	42	42	107,7	2 812	2 906	2 958	105,2	281	654	1 230	В 4,4 раза больше

Источник: авторская разработка

Source: Authoring

Таблица 2

Динамика объемов оказания высокотехнологичной медицинской помощи в областной клинической больнице за 2012–2014 гг., чел.

Table 2

Change in volume of high technology medical aid delivery in the Belgorod oblast's clinical hospital for 2012–2014, people

Профиль медицинской помощи	2012	2013	2014
Абдоминальная хирургия	–	–	30
Акушерство и гинекология	100	–	60
Нейрохирургия	120	160	127
Неонатология	100	100	–
Онкология	105	182	70
Офтальмология	–	–	98
Сердечно-сосудистая хирургия	272	883	587
Травматология и ортопедия (эндопротезы)	304	304	200
Травматология и ортопедия	51	70	31
Трансплантология	10	10	7
Урология	–	–	5
Всего...	1 062	1 709	1 215

Источник: авторская разработка

Source: Authoring

Таблица 3

Динамика средней длительности лечения и летальность в областной клинической больнице за 2012–2014 гг., дни.

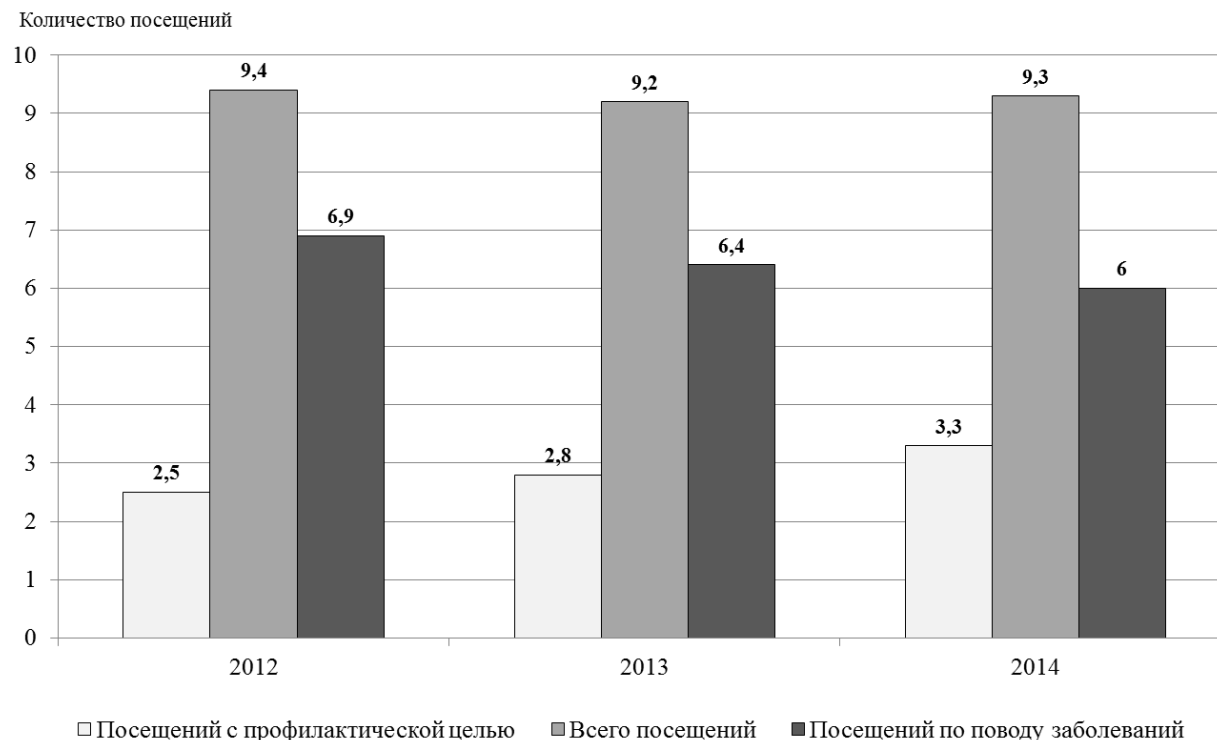
Table 3

Change in the average duration of medical treatment (working day), and the mortality (percentage) in the Belgorod oblast's clinical hospital for 2012–2014

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

Источник: авторская разработка

Source: Authoring

Рисунок 1**Посещение врачей амбулаторно-поликлинического звена за период с 2012 по 2014 г.****Figure 1****Outpatient visiting for the period from 2012 to 2014**

Источник: составлено авторами

Source: Authoring

Список литературы

1. Калиниченко Л.А. Этапность внедрения организационно-экономического механизма управления поликлиникой // *Здравоохранение*. 2004. № 3. С. 181–186. URL: <http://www.fesmu.ru/elib/Article.aspx?id=110645>.
2. Павлов К.В. Инновационная экология как перспективное научное направление: монография. Ижевск: Шелест, 2016. 360 с.
3. Баранов А.А. Интенсификация: Экономический и социальный аспект: монография. М.: Экономика, 1983. 255 с.
4. Карташов Ю.Т. Качество медицинской помощи: ожидания и действительность // *Здравоохранение*. 2008. № 5. С. 29–35.
5. Степчук М.А., Пинкус Т.М., Павлов К.В. Развитие перспективных форм организации и финансирования первичного звена здравоохранения региона в условиях модернизации российской экономики. Ижевск: Шелест, 2015. 356 с.
6. Кацура С.Н. Становление инновационной системы в Украине: национальный и региональный аспекты: монография. Донецк: Институт экономики промышленности НАН Украины, 2011. 504 с.
7. Ляшенко В.И., Павлов К.В., Шишкин М.И. Наноэкономика в славянских странах СНГ: монография. Ижевск: Книгоград, 2011. 348 с.
8. Маркс К. Капитал. Т. II. Кн. III: Процесс капиталистического производства, взятый в целом. Ч. 2 // Маркс К., Энгельс Ф. Соч. Т. 25. Ч. 2. М.: Политиздат, 1962. 551 с.

9. Меркин Р.М., Соловьева О.Г. Дискуссионные проблемы теории интенсификации строительного производства // Известия академии наук СССР. Сер. Экономическая. 1984. № 4. С. 33–40.
10. Сорокин Г.Н. Интенсификация социалистического воспроизводства // Вопросы экономики. 1985. № 3. С. 3–13.
11. Титова Т.Д. Эффективность интенсификации на внутренних водоемах: монография. Калининград: Калининградский государственный университет, 1971. 138 с.
12. Тихонов И.А. Основы интенсивного экономического развития. М.: Мысль, 1979. 198 с.
13. Березиков С.А., Селин В.С., Цукерман В.А. и др. Экономический механизм и особенности инновационной политики. Апатиты: Кольский НЦ РАН, 2012. 255 с.
14. Лебедев В.Г., Синягов А.А., Кушлин В.И. и др. Эффективность интенсификации производства на основе внедрения достижений. М: Мысль, 1975. 255 с.
15. Еделев Д.А., Ляпунова Е.В. Инновационные факторы социально-экономического развития российской промышленности // Вестник Северо-Осетинского государственного университета им. К.Л. Хетагурова. 2014. № 4. С. 250–255.
16. Клочкив В.В., Ратнер С.В. Управление развитием «зеленых» технологий: социально-экономические аспекты: монография. М.: ИПУ РАН, 2013. 291 с.

Информация о конфликте интересов

Мы, авторы данной статьи, со всей ответственностью заявляем о частичном и полном отсутствии фактического или потенциального конфликта интересов с какой бы то ни было третьей стороной, который может возникнуть вследствие публикации данной статьи. Настоящее заявление относится к проведению научной работы, сбору и обработке данных, написанию и подготовке статьи, принятию решения о публикации рукописи.

MEDICAL SUPPORT TO POPULATION: LINES AND DYNAMICS OF DEVELOPMENT UNDER PUBLIC HEALTH SERVICE MODERNIZATION: EVIDENCE FROM THE BELGOROD OBLAST**Konstantin V. PAVLOV^{a,*}, Mikhail A. STEPCHUK^b, Tat'yana M. PINKUS^c**^a Kama Institute of Humanities and Engineering Technology, Izhevsk, Udmurt Republic, Russian Federation
kvp_ruk@mail.ru^b Medical Center for Information and Analysis, Belgorod, Russian Federation
m.stepchuk@km.ru^c Medical Center for Information and Analysis, Belgorod, Russian Federation
belmiac@mail.ru

* Corresponding author

Article history:

Received 11 August 2016

Received in revised form

22 September 2016

Accepted 31 October 2016

Available online

16 January 2017

JEL classification: R10, R29,
R41, R48**Keywords:** modernization, public health, Belgorod oblast, three-tier healthcare delivery, interdepartmental interaction**Abstract****Importance** The article deals with the issues of determination of lines, forms and methods of innovation development and modernization of a region's healthcare system based on the priority of organization and use of primary medical assistance.**Objectives** The paper aims to study the condition and dynamics of healthcare development, including specialized medical aid to the population of the Belgorod oblast, and forecast the development in the immediate future.**Methods** For the study, we used the methods of systems and statistical analyses, forecasting and programming of the development of reproduction systems.**Results** We have identified the priority areas of the development of primary medical assistance as a form of transition to a three-level healthcare delivery.**Conclusions** We conclude that reorganization and upgrading of a region's healthcare system depend on the well-coordinated work of various departments and the system's efficiency as well.

The oblast's medical support has been developed well enough at all levels of its delivery, including specialized medical aid and primary medical care. However in the Belgorod oblast, the healthcare modernization is not a consistent practice. It requires a further improvement of the region's healthcare management system and the non-priority of public hospital care in particular.

© Publishing house FINANCE and CREDIT, 2016

References

1. Kalinichenko L.A. [Stage-by-stage implementation of the organizational-economic mechanism of management of clinic]. *Zdravookhranenie*, 2004, no. 3, pp. 181–186. (In Russ.) Available at: <http://www.fesmu.ru/elib/Article.aspx?id=110645>.
2. Pavlov K.V. *Innovatsionnaya ekologiya kak perspektivnoe nauchnoe napravlenie: monografiya* [Innovation ecology as a promising scientific direction: a monograph]. Izhevsk, Shelest Publ., 2016, 360 p.
3. Baranov A.A. *Intensifikatsiya: Ekonomicheskii i sotsial'nyi aspekt: monografiya* [Intensification: the economic and social aspects: a monograph]. Moscow, Ekonomika Publ., 1983, 255 p.
4. Kartashov Yu.T. [The quality of healthcare: expectations and reality]. *Zdravookhranenie*, 2008, no. 5, pp. 29–35. (In Russ.)
5. Stepchuk M.A., Pinkus T.M., Pavlov K.V. *Razvitie perspektivnykh form organizatsii i finansirovaniya pervichnogo zvena zdravookhraneniya regiona v usloviyakh modernizatsii rossiiskoi ekonomiki* [Development of prospective forms of organization and funding of a region's primary healthcare in the conditions of modernization of the Russian economy]. Izhevsk, Shelest Publ., 2015, 356 p.
6. Katsura S.N. *Stanovlenie innovatsionnoi sistemy v Ukraine: natsional'nyi i regional'nyi aspekty: monografiya* [Formation of an innovation system in Ukraine: the national and regional aspects: a monograph]. Donetsk, Institute of Economy of Industry of NAS of Ukraine Publ., 2011, 504 p.
7. Lyashenko V.I., Pavlov K.V., Shishkin M.I. *Nanoekonomika v slavyanskikh stranakh SNG: monografiya* [Nanoeconomics in Slavic CIS countries: a monograph]. Izhevsk, Knigograd Publ., 2011, 348 p.

8. Marx K. *Kapital. T. II. Kn. III: Protsess kapitalisticheskogo proizvodstva, vzyaty v tselom. Ch. 2* [Capital: Critique of Political Economy. Vol. 3. The Process of Capitalist Production as a Whole. Part 2]. Moscow, Politizdat Publ., 1962, 551 p.
9. Merkin P.M., Solov'eva O.G. [Discussion issues of the theory of intensification of construction operations]. *Izvestiya Akademii Nauk SSSR. Ser. Ekonomicheskaya*, 1984, no. 4, pp. 33–40. (In Russ.)
10. Sorokin G.N. [Intensification of Socialist reproduction]. *Voprosy Ekonomiki*, 1985, no. 3, pp. 3–13. (In Russ.)
11. Titova T.D. *Effektivnost' intensifikatsii na vnutrennikh vodoemakh: monografiya* [The efficiency of intensification on inland water reservoirs: a monograph]. Kaliningrad, KSU Publ., 1971, 138 p.
12. Tikhonov I.A. *Osnovy intensivnogo ekonomicheskogo razvitiya* [The basics of intensive economic development]. Moscow, Mysl' Publ., 1979, 198 p.
13. Berezikov S.A., Selin V.S., Tsukerman V.A. et al. *Ekonomicheskii mekhanizm i osobennosti innovatsionnoi politiki* [An economic mechanism and the characteristic of innovation policy]. Apatity, Kola Science Centre of RAS Publ., 2012, 255 p.
14. Lebedev V.G., Sinyagov A.A., Kushlin V.I. et al. *Effektivnost' intensifikatsii proizvodstva na osnove vnedreniya dostizhenii* [The effectiveness of intensification of production through the introduction of achievements]. Moscow, Mysl' Publ., 1975, 255 p.
15. Edelev D.A., Lyapuntsova E.V. [Innovative factors of socio-economic development of the Russian industry]. *Vestnik Severo-Osetinskogo gosudarstvennogo universiteta im. K.L. Khetagurova = Bulletin of North Ossetian State University*, 2014, no. 4, pp. 250–255. (In Russ.)
16. Klochkov V.V., Ratner S.V. *Upravlenie razvitiem "zelenykh" tekhnologii: sotsial'no-ekonomicheskie aspekty: monografiya* [Managing the development of green technologies: socio-economic aspects: a monograph]. Moscow, ICS RAS Publ., 2013, 291 p.

Conflict-of-interest notification

We, the authors of this article, bindingly and explicitly declare of the partial and total lack of actual or potential conflict of interest with any other third party whatsoever, which may arise as a result of the publication of this article. This statement relates to the study, data collection and interpretation, writing and preparation of the article, and the decision to submit the manuscript for publication.