



ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ЗДОРОВЬЕСБЕРЕЖЕНИЕ

УДК 614.2 + 26.89

ПРОГРАММА РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕГИОНА И ВНЕДРЕНИЕ РАЦИОНАЛЬНОЙ МНОГОУРОВНЕВОЙ СИСТЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ И ОПТИМАЛЬНОЙ ТРЕХЭТАПНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ЕЕ ПЕРВОГО УРОВНЯ

М.А. СТЕПЧУК¹
О. А. ЕФРЕМОВА²
Т.М. ПИНКУС¹
Д.П. БОЖЕНКО³

¹⁾ *ОГКУЗ «Медицинский
информационно-аналитический центр»*

²⁾ *Белгородский государственный национальный
исследовательский университет*

³⁾ *Чернянская центральная районная больница*

e-mail: m.stepchuk@mail.ru

В статье автором (с соавторами) освещена программа модернизации здравоохранения Белгородской области и результаты внедрения разработанной рациональной многоуровневой системы организации первичной медико-санитарной помощи и оптимальной трехэтапной организации ее первого уровня.

Ключевые слова: программа модернизации, уровни и этапы первичной медико-санитарной помощи.

Нами изучен передовой опыт организации работы врачей земской медицины, участковой службы в советский период, результаты внедрения принципа ВОП в РФ, организации внебольничной помощи в развитых странах мира, а также организации первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) в период модернизации здравоохранения в регионе в последние 7 лет. Результаты анализа ситуации в области показывают, что в регионе ПМСП организована по территориально-участковому принципу, была и остается приоритетным направлением здравоохранения, а участковый терапевт по-прежнему является ключевым звеном оказания ПМСП. Число врачей общей практики (ВОП) в Белгородской области составляет 27,0% от числа врачей первичного звена здравоохранения и 5,3% от числа всех врачей (РФ – 8,5% и менее 1%, соответственно). На начало 2012г. в области работало 251 ВОП, при этом 27,5% ВОП – это люди пенсионного возраста, и только 3,3% – моложе 30 лет. С 2005 по 2012 год было подготовлено 364 ВОП, однако в 2011г. 103 ВОП (28,0%) не работали по специальности. Проведенный сравнительный анализ работы ВОП в сельской и городской местности показал, что ВОП в городской поликлинике работает менее эффективно, он практически не принимает детей, а также и взрослых пациентов по разрешенным специальностям, что подтверждает рациональность дальнейшего развития общей врачебной практики (ОВП) преимущественно в сельской местности. Имеет место наличие большого количества «узких» специалистов в городских поликлиниках при наличии ВОП. Во многих ЛПУ недостаточно средств на выплаты врачам первичного звена отдельных надтарифных коэффициентов, в том числе стимулирующих качество медицинской помощи (КМП) и профилактическую работу. Слабо организована система амбулаторного долечивания, патронажа, паллиативной помощи, восстановительного лечения и реабили-



тации. Имеют место проблемные вопросы в организации работы скорой медицинской помощи (СМП). Отмечены недостатки подготовки и укомплектования кадров, оснащения поликлиник современным оборудованием и др. Стоимость медицинских услуг растет, а состояние здоровья населения улучшается медленно.

По нашему мнению, сложившаяся в настоящее время система финансирования отрасли в России и Белгородской области, в частности, не позволяет здравоохранению быть рентабельным, даже если путем многократного увеличения финансирования или сокращения объема и перечня бесплатных услуг восстановить баланс обязательств и возможностей отрасли. С учетом результатов исследования передового опыта и анализа ситуации в области нами предложен рациональный путь решения проблемы. Наряду с ликвидацией дефицита финансирования территориальной программы гарантированных объемов бесплатной медицинской помощи населению области (ТППГ) за счет увеличения страховых взносов на неработающее население, обеспечение подушевого норматива и одноканального финансирования ПМСП, совершенствование отраслевой системы оплаты труда медицинских работников с мотивацией повышения эффективности их профилактической работы, нами предложено *существенное изменение принципа организации медицинской помощи (МП)*. Так как от размеров финансирования напрямую зависят производительность и эффективность работы отрасли, но никак не коэффициент полезного действия ее организационной модели, то мы видим необходимость смены этой неэффективной модели. Предлагаемая нами более рациональная организация системы оказания МП предусматривает повышение объема и увеличение перечня услуг (интенсификация работы) медицинских работников учреждений амбулаторно-поликлинического звена, с приоритетом профилактики, что должно уменьшить уровень госпитализации и расходы на дорогостоящие стационарные койки и потребность в высокотехнологичной помощи. Одновременно предусматривается проведение распределения комплексной стационарной помощи по технологическому принципу (реанимационно-интенсивная, реабилитационная и паллиативная помощь) и рациональной маршрутизации пациентов на этапы оказания менее затратной, но более квалифицированной и интенсивной МП. Это позволит сэкономленную часть средств направить на дополнительное финансирование ПМСП, которое необходимо довести в ближайшие 4-5 лет до 60%.

При этом реализуется **три вида ПМСП**: *первичная доврачебная* – оказывается фельдшерами, акушерками и другими средними медицинскими работниками; *первичная врачебная* – оказывается врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами участковыми и врачами общей практики (семейными врачами); *первичная специализированная* – оказывается врачами-специалистами, включая врачей-специалистов ЛПУ, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь. Для повышения доступности и качества предоставляемой ПМСП на территории области сформирована **трехуровневая система** организации ее оказания.

Первый уровень – обеспечивает население ПМСП, в том числе первичной специализированной медико-санитарной помощью (МСП). ПМСП и неотложная помощь оказывается медицинскими работниками здравпунктов, ФАП, врачебных амбулаторий, Центров ОВП (СМ), участковых и районных больниц, поликлиник ЦРБ и городских поликлиник. Профилактическая работа первичным звеном проводится совместно с медицинскими работниками кабинетов (отделений) медицинской профилактики, Центров здоровья. Первичную специализированную МСП оказывают врачи-специалисты первичного звена. Участковая служба и врачи-специалисты широко используют возможности менее затратных стационарзамещающих видов помощи: дневной стационар при АПУ, стационар «на дому», стационар одного дня.

Второй уровень – обеспечивает оказание первичной специализированной МСП по наиболее востребованным специализированным профилям (при необходимости – неотложной помощи) специалистами межтерриториальных консультативно-диагностических центров, развернутых на базе амбулаторных учреждений городов Белгород, Старый Оскол, Алексеевка, Валуйки. В этих центрах будут широко применяться стационарзамещающие формы (дневные стационары) по специализированным профилям и будет представлен широкий спектр диагностических процедур и специальные рентгенологические исследования, включая компьютерную томографию.

Третий уровень – это консультативно-диагностическая первичная специализированная МСП, которая организована в областных консультативных поликлиниках ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница святителя Иоасафа» и «Детская областная клиническая больница». В данных консультативных центрах проводятся консультации и диагностические исследования, в том числе с использованием высоких технологий.

1-й этап ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЙ

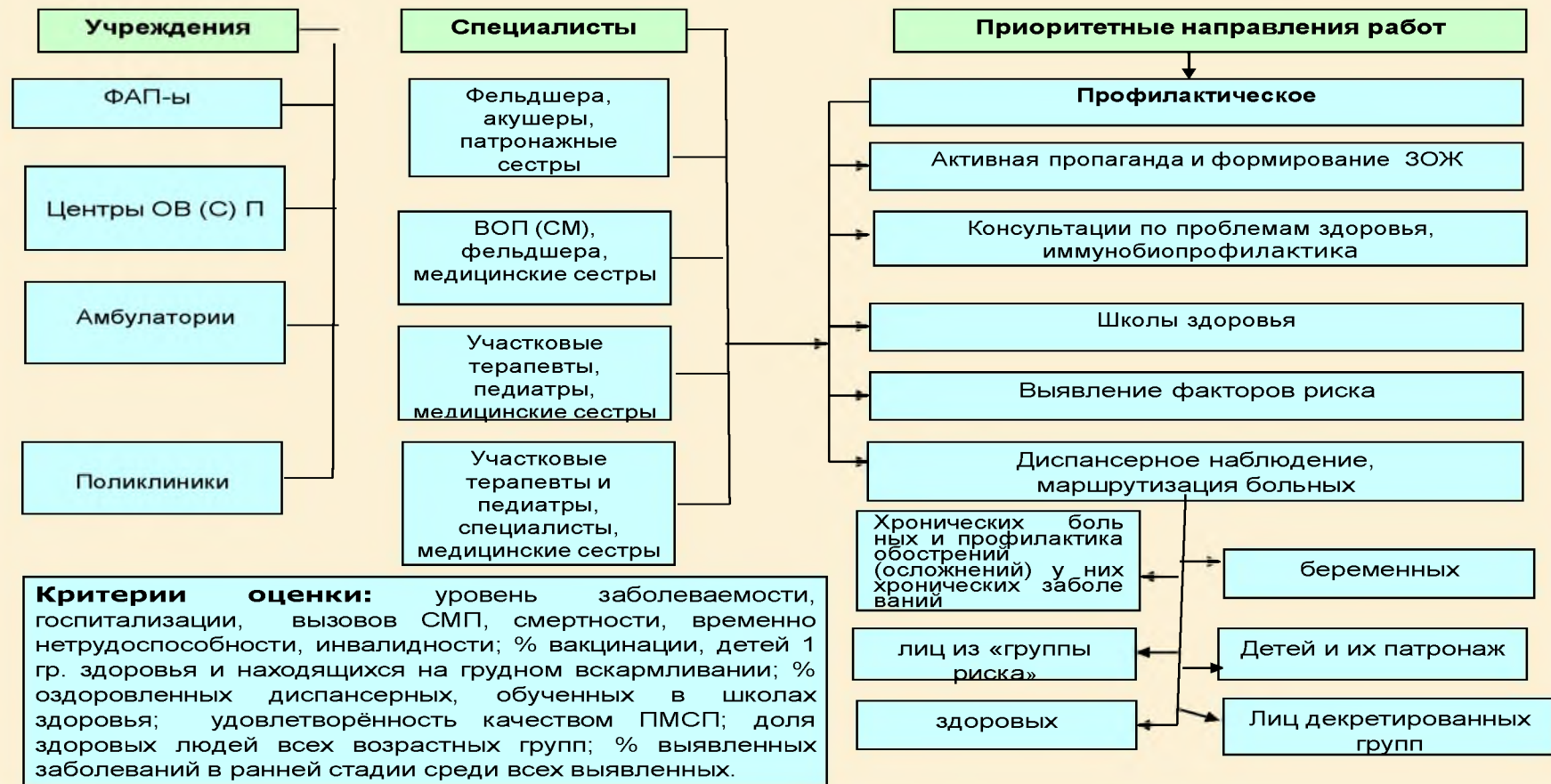
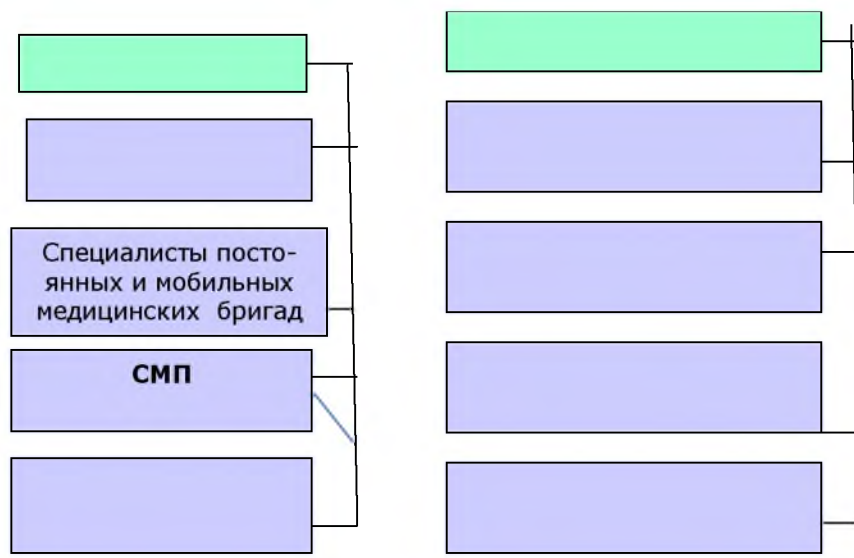


Рис. 1. Структура первого этапа ПМСП



Учреждения

Постоянные и мобильные медицинские бригады

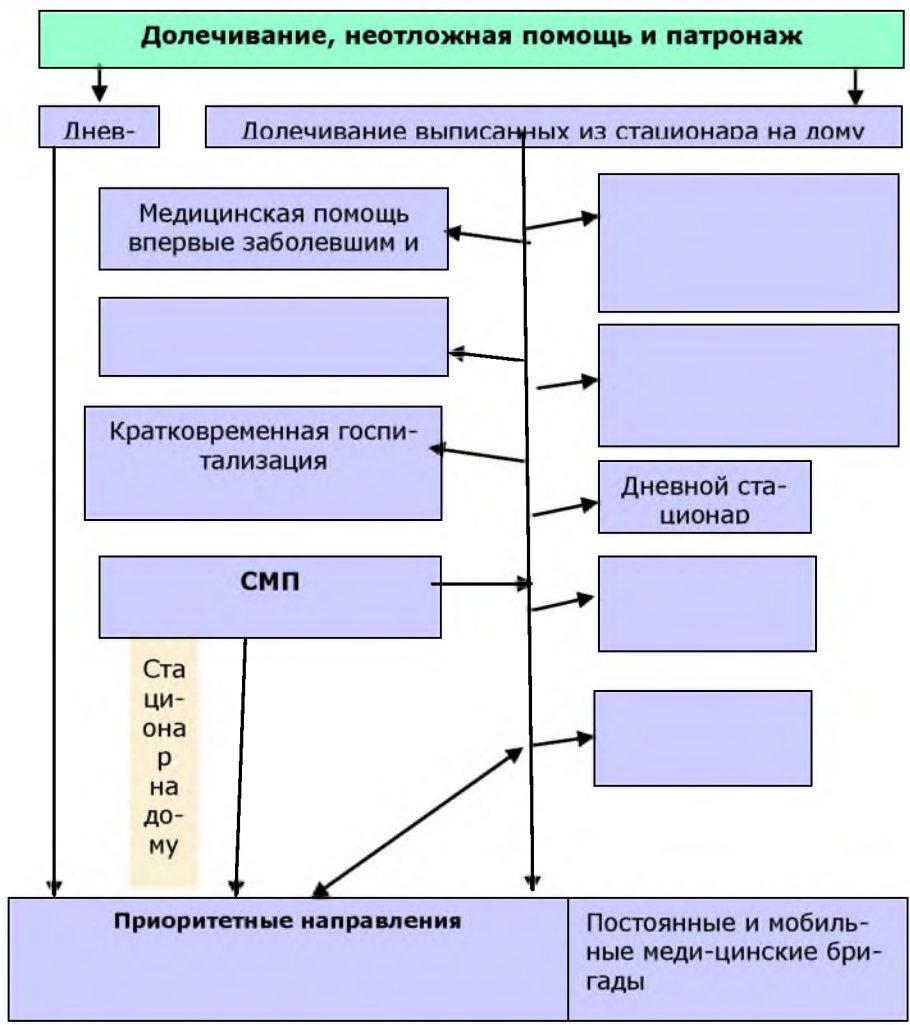


Рис. 2. Структура второго этапа ПМСП



Кроме того, консультативно-диагностическую первичную специализированную МСП оказывают областные диспансеры. Одновременно данные учреждения выполняют организационно-методическую функцию.

Слабым звеном в области является 1-й уровень ПМСП из-за слабой материально-технической базы учреждений первичного звена, низкой укомплектованности квалифицированными специалистами и недостаточной их мотивации в эффективной работе.

В соответствии с программой развития здравоохранения РФ до 2020 года включена в программу развития здравоохранения области до 2020 года подпрограмма развития ПМСП и разработанная нами ее оптимальная трехэтапная система организации первого уровня. В пилотных районах идёт ее реализация.

Первый этап – профилактический. На этом этапе из профилактических мероприятий подпрограммы приоритетными направлениями являются: формирование у населения здорового образа жизни; проведение иммунопрофилактики; консультации по проблемам здоровья; школы здоровья; проведение скрининговых исследований по выявлению факторов риска и их коррекции; диспансерное наблюдение больных с хроническими заболеваниями и профилактика их обострений (осложнений), лиц из групп риска, здоровых, беременных, детей, лиц декретированных групп; выявление заболеваний на ранних стадиях заболевания и их оздоровление; проведение рациональной маршрутизации больных (рис.1). С целью повышения социально-экономической эффективности ПМСП профилактическую работу мы предлагаем сосредоточить на патологии, вызывающей наибольшие социально-экономические потери. К ним отнесены сосудистые заболевания (гипертоническая болезнь, ИБС, атеросклероз, острые нарушения мозгового кровообращения), диабет 2 типа, онкологические болезни, дегенеративные заболевания позвоночника и крупных суставов.

Второй этап (рис.2) – парогопитальный, который включает лечение в амбулаторных условиях, в «стационаре на дому» и в дневном стационаре при АПУ впервые заболевших, хронических больных с легкими обострениями, оказание помощи при неотложных состояниях, долечивание выписанных из стационара, оказание паллиативной помощи неизлечимо больным (избавление от боли и облегчение других тяжелых проявлений заболевания, в целях улучшения качества жизни). Создание в помощь первичному звену постоянных медицинских бригад для оказания неотложной помощи, в том числе в выходные и праздничные дни, а мобильные медицинские бригады и мобильные медицинские комплексы – ПМСП в сельской местности (малодоступных селах и хуторах). Кроме того, на базе приемного отделения при ЦРБ и городских многопрофильных больниц развертываются диагностические отделения кратковременного интенсивного лечения для коррекции неотложных состояний с последующей маршрутизацией пациентов на этапы оказания менее затратной, но более квалифицированной и интенсивной МП. Это уменьшает уровень госпитализации и стоимость МП, повышает ее качество и доступность.



Рис.3. Структура третьего этапа ПМСП



Третий этап – восстановительного лечения и реабилитации. В отделениях (центрах) восстановительного лечения и реабилитации, созданных на базе существующих и реорганизованных физиотерапевтических кабинетов всех учреждений (рис. 3) первичного звена, оснащенных эффективным оборудованием и укомплектованных квалифицированными специалистами (врач ЛФК, физиотерапевт, медицинский психолог, социальный работник и др.), проводится восстановительное лечение и комплексная реабилитация: функциональная, трудовая, социальная и психологическая. Это позволит увеличить доступность и качество восстановительной и реабилитационной помощи населению, в первую очередь – сельскому, и социально-экономическую эффективность ПМСП.

Разработанные нами – в целях повышения социально-экономической эффективности развития здравоохранения региона, повышения качества и продолжительности активной жизни населения – современные организационные мероприятия были использованы при формировании и реализованы в программе модернизации здравоохранения области 2011-2012 гг. (Программа) и в пилотных районах, а также включены в программу развития здравоохранения региона на 2013-2020 гг.

Программа модернизации здравоохранения области реализовалась по нескольким направлениям.

В рамках *первого* направления проведено дальнейшее укрепление *материально-технической базы учреждений здравоохранения области*: введено в строй 3 объекта и завершается строительство 4 объектов в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения, осуществлен капитальный ремонт – в 33 и в стадии завершения – 11, текущий ремонт – в 16 и продолжается – в 9 ЛПУ и оснащение 7 существующих межрайонных отделений (центров). Это позволило привести в соответствие стандарту оснащение многих ЛПУ. Всего закуплено, законтрактовано 1270 единиц современного медицинского оборудования.

Вторым направлением предусмотрено *внедрение современных информационных систем* в здравоохранении области. В 2011-2012 годах оснащено более 80% и до 2013 года будет завершено оснащение новым оборудованием 6 323 рабочих мест (контроль и руководство с участием автора). АРМ врача устанавливается во всех поликлиниках районных и участковых больниц, женских консультациях, а также врачебных амбулаториях, центрах и отделениях ВОП.

Третье направление – *внедрение МЭС*. Перенос приоритета на ПМСП, переход в 2013 г. на преимущественно одноканальное финансирование позволят обеспечить выполнение стандартов МП, стандартов оснащения и кадрового обеспечения, а также дальнейшее повышение уровня оплаты труда медицинских работников и доплат, в зависимости от объемов и КМП. В настоящее время в области внедрено 147 федеральных МЭС. Разработаны, рассчитаны (с нашим участием) и внедряются территориальные МЭС *стационарной медицинской помощи* (1169 групп, включающих в себя 8011 заболеваний и состояний) и 2006 региональных МЭС и протоколов ведения больного *амбулаторно-поликлинической помощи*. Дополнительные средства, полученные в рамках Программы, направлялись на сокращение дефицита ТППГ, а также на покрытие затрат за МП в соответствии с МЭС. В настоящее время по ТППГ работает 9 коммерческих организаций первичной сети, развивается государственно-частное партнерство.

В пилотном (Алексеевском) районе развернуто отделение восстановительного лечения и реабилитации, мобильная медицинская бригада, отделение диагностики и коррекции неотложных состояний, в Чернянском районе – отделение восстановительного лечения и реабилитации (с бальнеологией и соляной комнатой), реабилитационные центры функционируют в Белгороде и Старом Осколе, постоянная медицинская бригада – в Ст. Осколе. Таким образом, в Программе учтены многие наши предложения и уделено большое внимание, как развитию ПМСП, так и трехэтапной ее системе организации первого уровня.

Реализация мероприятий Программы и оптимальной системы организации ПМСП в 2011 и 2012 гг. дали положительные результаты. Так, дефицит ТППГ уменьшился с 38,4 до 24%, обеспеченность круглосуточными койками снизилась на 1,2%, длительность пребывания больного в стационаре – на 0,9 дня, больничная летальность – на 9,1%. Паллиативная помощь оказывалась на дому и на койках сестринского ухода, а на 2013 г. – выделено 278 коек в стационаре. В дневных стационарах в 2011 г. пролечено почти 90 тыс. больных, 9 тыс. – в стационаре на дому. Увеличилось на 3,6% число больных, взятых под диспансерное наблюдение, на 2,3% – число оздоровленных и на 4,8% – число посещений с профилактической целью. Число лиц, обученных ЗОЖ, составило более половины взрослого населения, на 59,1% увеличилось число массовых профилактических мероприятий при выездах поезда «Здоровье» и на 2,8% – число участвующих в них, на 15% – число выступлений в СМИ и в 4,4



раза – изданных пропагандистских материалов. В 2 раза увеличилось число посещений в центры «Здоровье», при этом практически все выявленные больные оздоровлены (97,6%). Число выездов мобильной бригады увеличилось на 23,9%, а число осмотренных – на 29,0%, проконсультированных больных – на 12,4%. В отделении диагностики и коррекции неотложных состояний пилотного района за 2012г. оказана помощь более чем 4,0 тыс. чел., в т.ч. более 1 тыс. – детям. Из них примерно у половины отпала необходимость в госпитализации, что дало экономию, исчисляемую миллионами рублей.

Отмечено улучшение основных показателей здоровья населения: общая смертность населения уменьшилась на 2,1%; младенческая смертность – на 2,0%; трудоспособного возраста – на 3,2%, в т. ч.: от новообразований – на 14,9%, от внешних причин – 7,65. Снизилась смертность всех возрастов от злокачественных заболеваний на 13,9%, а 5-летняя выживаемость увеличилась – на 4,0%. Уменьшилась в среднем на 21,6% заболеваемость социально-значимыми заболеваниями, на 6,5% – заболеваемость с ВУТ и увеличилась ожидаемая продолжительность жизни (72,3 года). Увеличилась удовлетворенность населения КМП и снизилось количество дефектов ее оказания.

Таким образом, приоритетными направлениями развития ПМСП в регионе признаны: ее профилактическая направленность; переход на трехуровневую систему ее организации и трехэтапную оптимальную систему организации 1-го уровня ПМСП; ее развитие в сельской местности по принципу ОВП; приведение к стандарту укомплектованности и уровня квалификации кадров, оснащение учреждений первичного звена; широкое использование мобильных видов МП, межрайонных отделений (центров), информационных технологий; развитие патронажной службы, восстановительного и паллиативного лечения; эффективное использование средств по приоритетным направлениям с использованием новых форм оплаты ПМСП и труда медработников. Их внедрение дает положительные результаты как в эффективности работы ЛПУ, так и улучшении состояния здоровья населения области и продолжительности его активной жизни.

Литература

1. Развитие здравоохранения на период 2013-2020 годов. Решение Правительства Российской Федерации от 24 декабря 2012 г. №251п «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения», www.minzdrav.ru
2. . Степчук, М.А. Модель организации медицинской помощи населению Белгородской области / М.А. Степчук, Т.М. Пинкус, Д.П. Боженко, О.А. Ефремова // Научные ведомости БелГУ. Серия Медицина. Фармация. – 2012. – № 10 (129), вып. 18. – С.84-94.
3. Степчук, М.А. Состояние здоровья населения и деятельности учреждений здравоохранения Белгородской области :статистико-аналитический сб. / М.А. Степчук.– Белгород, 2000-2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2006-2010, 2011 – С. 120-210.
4. Документационный центр ВОЗ. Первичная медико-санитарная помощь сегодня актуальнее, чем когда-либо. Докладосостоянияздравоохранениявмире, 2008г. – Женева, 2008.– С.1-125.

THE PROGRAM OF DEVELOPMENTS OF PUBLIC HEALTH SERVICES OF REGION AND INTRODUCTION OF RATIONAL MULTILEVEL SYSTEM OF THE ORGANIZATION OF THE PRIMARY MEDICOSANITARY HELP AND OPTIMUM THREE-STAGE THE ORGANIZATIONS OF ITS THREE-STAGE LEVEL 1

M.A. STEPCHUK¹
T.M. PINKUS¹
D.P. BOZHENKO³
O.A. EFREMOVA²

¹⁾ Medical information-analytical center

²⁾ Belgorod National Research University

³⁾ Chernyansky central district hospital

e-mail: m.stepchuk@mail.ru

In the article the author (co-authors) covered the modernization program of health of the Belgorod region and the results of implementation of the developed multi-level system of rational organization of primary health care and the best three-step organization of its first level.

Keywords: modernization program, the levels and stages of primary health care