

Павлов К.В.,

доктор экономических наук, профессор, заслуженный деятель науки Удмуртской Республики, зав. кафедрой экономики и менеджмента ЧО ВПО «Камский институт гуманитарных и инженерных технологий», г. Ижевск, Российская Федерация;

Степчук М.А.,

кандидат медицинских наук, начальник отдела медицинской статистики областного государственного учреждения здравоохранения «Медицинский информационно-аналитический центр», г. Белгород, Российская Федерация;

Пинкус Т.М.,

заместитель директора по статистике, анализу и прогнозированию областного государственного учреждения здравоохранения «Медицинский информационно-аналитический центр», г. Белгород, Российская Федерация.

НАПРАВЛЕНИЯ И ДИНАМИКА РАЗВИТИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ В УСЛОВИЯХ МОДЕРНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ (на примере Белгородской области)

УДК 614.2 + 26.89

**ПАВЛОВ К.В., СТЕПЧУК М. А., ПИНКУС Т. М. СОҒЛИҚНИ САҚЛАШНИ
МОДЕРНИЗАЦИЯЛАШ ШАРОИТИДА ТИББИЙ ЁРДАМ РИВОЖЛАНИШНИНГ
ЙЎНАЛИШЛАРИ ВА ДИНАМИКАСИ (БЕЛГОРОД ОБЛАСТИ МИСОЛИДА)**

Соғлиқни сақлашда амалга оширилаётган ислоҳот тиббий ёрдам сифатини таъминлашга қаратилиб, аҳолининг умр кўриш даври узайиши ва жамиятнинг барқарор ривожланишига сабабчи бўлиши керак. Шу сабабдан мақола минтақа соғлиқни сақлаш тизимининг инновацион тараққиёти ва модернизацияси йўналишлари, методлари ва шакллари аниқлашга бағишланган.

Таянч иборалар: минтақа, ҳудуддаги соғлиқни сақлашни модернизациялаш, Белгород области, уч поғонали тиббий ёрдам кўрсатиш.

ПАВЛОВ К. В., СТЕПЧУК М. А., ПИНКУС Т. М. НАПРАВЛЕНИЯ И ДИНАМИКА РАЗВИТИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ В УСЛОВИЯХ МОДЕРНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ (НА ПРИМЕРЕ БЕЛГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ)

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. В этой связи статья посвящена определению направлений, методов и форм инновационного развития и модернизации системы здравоохранения региона на основе организации и приоритета использования первичной медико-санитарной помощи.

Ключевые слова: регион, модернизация здравоохранения территории, Белгородская область, трёхуровневое оказание медицинской помощи.

PAVLOV K.V., STEPCHUK M.A., PINKUS T.M. THE DIRECTIONS AND DYNAMICS OF DEVELOPMENT OF MEDICAL CARE TO THE POPULATION IN THE CONDITIONS OF HEALTH CARE UPGRADE (ON THE EXAMPLE OF THE BELGOROD REGION)

The ongoing health reform is aimed to ensuring the quality and accessibility of health care, which should enhance the active life expectancy of the population and is the key to sustainable socio-economic development of society. In that regard, the article is devoted to determination of directions, forms and methods of innovation development and modernization of the region's health care system based on the priority of the organization and the primary health care implementation.

Keywords: region, modernization of the health area, Belgorod region, three-level medical care.

Изучение динамики сохранения здоровья населения и решения связанных с этим иных социально-экономических проблем приобретает первостепенную значимость и актуальность

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 мотива-

ции качественной работы специалистов¹. В этой связи изучение динамики этих явлений в период модернизации здравоохранения региона приобретает первостепенную значимость и актуальность. Исходя из сказанного, целью данного исследования является изучение состояния и динамики развития медицинской помощи (в т.ч. специализированных её видов) в регионе за последнее время, а также определение перспектив ее развития.

Для достижения этой цели были поставлены и решены следующие задачи: анализ и изучение законодательной базы по организации медицинской помощи и развитию

¹ Калиниченко Л.А. Этапность внедрения организационно-экономического механизма управления поликлиникой. // «Здравоохранение», 2004, № 3. –С. 181-186.

здравоохранения; осуществление оценки и состояния здравоохранения и организации медицинской помощи 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. Методологической основой для достижения цели исследования использовался комплексный подход и использовались методы статистического и сравнительного анализа¹. С их помощью проанализированы различные аспекты организации медицинской помощи жителям региона и отдельных её видов, дана её оценка и перспективы развития.

Для их реализации здравоохранение Белгородской области в настоящее время располагает сетью медицинских организаций, в состав которой входят: 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. В регионе также 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 системы здравоохранения региона отдан развитию внебольничной медицинской помощи и её профилактического направления с конечной целью увеличения продолжительности жизни и сокра-

щения смертности населения². Параллельно развивалась специализированная, в том числе высокотехнологичная медицинская помощь (ВМП).

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 ПМСП³. 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. За анализируемый период с 2012 по 2014 г.г. обеспеченность врачебными кадрами амбулаторно-поликлинического звена увеличилась на 8.1% и составила в 2014 г. 20.1 на 10000 населения (2012 г. – 18.5); а обеспеченность средним медицинским персоналом увеличилась на 2.7% и составила 45.2 (2012 г. – 44.0) на 1000 населения⁴.

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, соз-

² Баранов А.А. Интенсификация: Экономический и социальный аспект. – М.: «Экономика», 1983. – С. 255.

³ Карташов Ю.Т. Качество медицинской помощи: ожидания и действительность. // «Здравоохранение», 2008, № 5. – С. 29-35.

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

¹ Павлов К.В. Инновационная экология как перспективное научное направление. – Ижевск: Изд-во «Шелест», 2016. – С. 360.

Таблица 1. Динамика объёмов работы врачей мобильных бригад центральных районных больниц (ЦРБ) области за 2012-2014 годы¹

Мобильные бригады	Количество выездов				Осмотрено (чел.)				Консультировано (чел.)			
	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2014 г. к 2012 г., %	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2014 г. к 2012 г., %	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2014 г. к 2012 г., %
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.

данных при центральных районных больницах (ЦРБ), за 2012-2014 годы увеличилось на 7 бригад и составило 36 (2012 г. – 29)¹. На 34.6% увеличилось количество их выездов, на 30,6% – число осмотренных жителей, а число диспансерных больных, получивших консультации – в 5,4 раза (см. табл. 1).

Соответственно увеличивалась нагрузка на каждую бригаду. Для эффективной и качественной работы бригад специалистами использовалось портативное оборудование³. 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 Белгородской области создана широкая сеть станций (подстанций) СМП, 3 из которых являются самостоятельными юридическими лицами и 38 отделений СМП. 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 (2012г. – 317), при Федеральном нормативе – 318. Ежедневно по области обслуживается около 1341 вызовов. 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 помощи⁴. В настоящее время решаются вопросы оптимизации оказания скорой медицинской помощи в рамках Белгородской агломерации. А также расширение радиуса обслуживания МБУЗ (Муниципальное больничное учреждение здравоохранения) СМП г. Белгорода за счет территории Белгородского района и улучшения взаимодействия указанных структурных подразделений СМП. В планах 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 обслу-

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

² Авторская разработка.

³ Колесников С.И. Экономические основы природопользования. – М.: «Дашков и Ко», 2011. –С. 304.

⁴ Ляшенко В.И., Павлов К.В., Шишкин М.И. Наноэкономика в славянских странах СНГ. / Серия: Экономическое славяноведение. – Ижевск: «Книгоград», 2011. –С. 348.

живание вызовов по принципу ближайшей бригады.

Неоценимо значение в оказании медицинской помощи населению связано с восстановительным лечением и реабилитацией, 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 ряд этапов: стационарный, амбулаторно-поликлинический и санаторно-курортный этапы. Основные реабилитационные мероприятия в области осуществляются в амбулаторно-поликлинических и стационарных учреждениях здравоохранения¹.

Средняя по региону 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. С целью оздоровления населения в системе здравоохранения области имеется 5 санаториев круглогодичного функционирования общей коечной мощностью 850 коек.

Для улучшения оказания медицинской помощи по восстановительному лечению, медицинской реабилитации и санаторно-курортному оздоровлению населения области по предложению авторов² в Программу включены 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 области³. 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. 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 других⁴.

Одним из основных критериев оценки работы первичного звена является показатель смертности прикрепленного населения к данному участку, в том числе на дому. За анализируемые годы число случаев смерти на дому лиц в возрасте 0-17 лет включительно уменьшилось на 23.3%, в результате показатель составил 9,2 на 100 000 детского населения (2012 г. – 12,0). Однако показатель

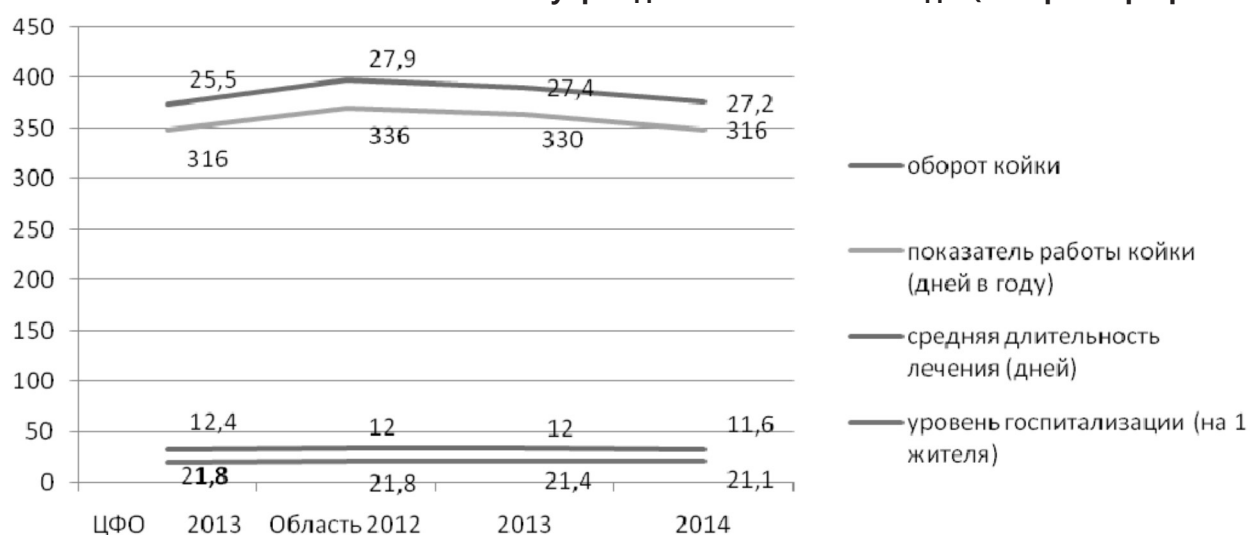
¹ Меркин Р.М., Соловьева О.Г. Дискуссионные проблемы теории интенсификации строительного производства. // Известия академии наук. Серия Экономическая 1984, № 4. -С. 33–40.

² 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: Изд-во «Шелест», 2015. –С. 356.

³ Титова Т.Д. Эффективность интенсификации на внутренних водоемах: монография. – Калининград: Калининградский государственный университет, 1971. -С. 138.

⁴ Тихонов И.А. Основы интенсивного экономического развития. – М.: «Мысль», 1979. -С. 198.

Рисунок 2. Динамика основных показателей деятельности медицинских стационарных учреждений за 2012-2014 годы (Авторская разработка)



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 (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 44.0% от всех умерших на дому в возрасте 0-17 лет (2012 г. – 31.3%).

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 меньше затрат на оказание стационарной помощи населению¹.

С этой целью в регионе часть объёмов стационарной помощи планомерно перемещалась в область амбулаторной помощи. 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 неэффективно используемых стационарных коек. Так, за последние три года в области было сокращено 89 коек круглосуточного пребывания различных профилей.

Таким образом, в результате 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% (см. рисунок 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 соответствии с Программой² осуществлялся переход на трёхуровневое оказание медицинской помощи и внедрялись новые

¹ Теория инновационной экономики. / Под ред. О.С. Белокрыловой. – Ростов н/Д, 2009. –С. 376.

² 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: Изд-во «Шелест», 2015. –С. 356.

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 стандартам уровня оснащённости 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, такие, как 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 звена, что в итоге должно обеспечить привлечение квалифицированных специалистов и повысить мотивацию улучшения качества их труда¹. Кроме этого, использовалось привлечение инвесторов, государственно-частное партнёрство и иные формы.

Указанные 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 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. 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. Всё это позволит на первом уровне оказания медицинской помощи выявлять заболевания на ранних стадиях развития и обострение хронических заболеваний, их оздоровление, коррекция факторов риска развития заболеваний; недопущение необходимости госпитализации в круглосуточный стационар и применения специализированной, в т.ч. высокотехнологичной медицинской помощи.

С целью обеспечения специализированной помощью всего населения области организована трехуровневая система ее 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 включает 13 медицинских организаций, на базе которых организованы межмуниципальные центры для оказания специализированной медицинской помощи. Третий уровень включает 20 медицинских

¹ Эффективность интенсификации производства на основе внедрения достижений науки. / Под ред. В.П. Лебедева. – М.: «Мысль», 1975. -С. 255.

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.

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, сделать все это в межрайонных центрах.

Обеспеченность населения высокотехнологичной медицинской помощью (ВМП) является показателем уровня развития здравоохранения области, а объём этой помощи характеризует уровень развития ПМСП и в обратную пропорциональную степень эффективность 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 им высокотехнологичной медицинской помощи, как в муниципальных 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 2864 пациента, из них 1649 – помощь оказана за счет средств обязательного медицинского страхования (ОМС).

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.

Таким образом, высокотехнологичная медицинская помощь населению области оказывается в муниципальных и областных учреждениях здравоохранения, а также в медицинских учреждениях федерального подчинения за счёт средств областного и федерального бюджетов, средств 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.

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 системно¹. При осуществлении процесса оптимизации объёмов стационарной помощи медленно реорганизовывалась и совершенствовалась система оказания амбулаторной помощи. Росли требования к специалистам и к показателям объёма их работы, в т.ч. по оформлению документации, и это 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

¹ 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: Изд-во «Шелест», 2015. – С. 356.

трёхуровневого оказания медицинской помощи населению, а также внедрению оптимальной стандартизированной системы организации её 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.

Литература:

1. Калиниченко Л.А. Этапность внедрения организационно-экономического механизма управления поликлиникой. // «Здравоохранение», 2004, № 3. –С. 181-186.
2. Павлов К.В. Инновационная экология как перспективное научное направление. – Ижевск: Изд-во «Шелест», 2016. –С. 36.
3. Баранов А.А. Интенсификация: Экономический и социальный аспект. – М.: «Экономика», 1983. –С. 255.
4. Карташов Ю.Т. Качество медицинской помощи: ожидания и действительность. // «Здравоохранение», 2008, № 5. –С. 29-35.
5. Степчук М.А. Основные показатели деятельности лечебно-профилактических учреждений и состояния здоровья населения Белгородской области. Статсборник. ОГКУЗ «МИАЦ». Белгород, 2015. –С. 200.
6. 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: Изд-во «Шелест», 2015. –С. 356.
7. Кацура С.Н. Становление инновационной системы в Украине: национальный и региональный аспекты. Донецк: Институт экономики промышленности НАН Украины, 2011. –С. 504.
8. Колесников С.И. Экономические основы природопользования. – М.: Дашков и Ко, 2011. –С. 304.
9. Ляшенко В.И., Павлов К.В., Шишкин М.И. Наноэкономика в славянских странах СНГ. / Серия: Экономическое славяноведение. – Ижевск: Книгоград, 2011. –С. 348.
10. Маркс К. Капитал. (Книга 3-я). Процесс капиталистического производства, взятый в целом. Ч. 2 // Маркс К., Энгельс Ф. Соч. 2-е изд. Т. 25. Ч. 2. 551 с.
11. Меркин Р.М., Соловьева О.Г. Дискуссионные проблемы теории интенсификации строительного производства. // Известия академии наук. Серия Экономическая. 1984, № 4. –С. 33–40.
12. Павлов К.В. Патологические процессы в экономике. – М.: «Магистр», 2009. –С. 458.
13. Сорокин Г.Н. Интенсификация социалистического воспроизводства. // «Вопросы экономики», 1985, № 3. –С. 3–13.
14. Титова Т.Д. Эффективность интенсификации на внутренних водоемах: монография. – Калининград: Калининградский государственный университет, 1971. –С. 138.
15. Тихонов И.А. Основы интенсивного экономического развития. – М.: «Мысль», 1979. –С. 198.
16. Теория инновационной экономики. / Под ред. О.С. Белокрыловой. – Ростов н/Д, 2009. –С. 376.
17. Экономический механизм и особенности инновационной политики на Севере. / Под науч. ред. В.С.Селина, В.А.Цукермана. – Апатиты: Кольский НЦ РАН, 2012. –С. 255.
18. Эффективность интенсификации производства на основе внедрения достижений науки. / Под ред. В.П. Лебедева. – М.: «Мысль», 1975. –С. 255.