

ШЕМЯКИН ГЕОРГИЙ АФАНАСЬЕВИЧ

**ОРГАНИЗАЦИОННО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ
В ИНТЕГРАЦИИ И РАЗВИТИИ СЕТИ ЛЕЧЕБНО-
ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ ЯМАЛО-
НЕНЕЦКОГО АВТОНОМНОГО ОКРУГА
В ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТИ**

14.02.03 – «Общественное здоровье и здравоохранение»

Автореферат диссертации
на соискание учёной степени кандидата медицинских наук

Екатеринбург - 2010

Работа выполнена в отделе научных исследований ГБОУ ДПО «Уральский научно-практический центр медико-социальных и экономических проблем здравоохранения», г.Екатеринбург

Научный руководитель: доктор медицинских наук, профессор,
заслуженный врач РФ
Блохин Александр Борисович

Официальные оппоненты: доктор медицинских наук
Якушева Марина Юрьевна
доктор медицинских наук
Елфимов Павел Васильевич

Ведущая организация: ГОУ ВПО «Тюменская государственная медицинская академия Росздрава», г.Тюмень

Защита диссертации состоится «_____» _____ 2010 г. в _____ часов на заседании совета по защите докторских и кандидатских диссертаций Д.004.027.01 при Учреждении РАН Институт иммунологии и физиологии УрО РАН (620049, г. Екатеринбург, ул. Первомайская, 106).

С диссертацией можно ознакомиться в Центральной научной библиотеке УрО РАН (620041, г. Екатеринбург, ул. С. Ковалевской–Академическая, 22/20), с авторефератом – на сайте Учреждения РАН ИИФ УрО РАН – <http://www.iip.uran.ru>

Автореферат диссертации разослан " " _____ 2010 г.

Ученый секретарь совета по защите докторских и кандидатских диссертаций Д.004.027.01 при Учреждении РАН ИИФ УрО РАН
доктор медицинских наук, профессор

И.А.Тузанкина

Общая характеристика работы

Актуальность проблемы

В Российской Арктике проживает около 6 млн человек, что составляет 4,2% населения страны, среди которых 158 тыс. человек - представители коренных народов Севера. При этом районы проживания коренных, малочисленных народов Севера имеют самые низкие по стране показатели долголетия. В то же время в северных территориях производится до 25% древесины, более 90% природного газа, 75% нефти, 80% золота, медь, никель и другие полезные ископаемые (С.М.Головина, А.Г.Роговина, 2008).

Северные территории все более интенсивно вовлекаются в общегосударственные процессы, и в условиях экономических реформ наблюдается их дифференциация по экономическому положению и перспективам развития, по темпам реструктуризации экономической и социальной сфер, источникам финансовых средств, усилению опасности чрезвычайных ситуаций, когда по техническим и финансовым причинам не обеспечиваются условия жизнедеятельности людей в экстремальных климатических условиях (Т.В.Соломатина, Л.В.Каплевич, 2002).

Развитие северных территорий, в частности, Ямало-Ненецкого и Ханты-Мансийского автономных округов, сопровождалось объемным миграционным процессом, так, численность населения в Ханты-Мансийском автономном округе в 1950 г. составляла 105,0 тыс. человек, а в 2001 г. – 1401,9 тыс. человек, в Ямало-Ненецком автономном округе, соответственно – 52,0 и 505,4 тыс. человек. Экстремальный характер климато-географических условий обуславливает широкий спектр факторов, воздействующих как на организм человека, так и на условия его жизнедеятельности. Значительные особенности заболеваемости разных возрастных, этнических, профессиональных групп, разного пола, типа поселения и других категорий населения с учетом воздействия на здоровье специфических факторов местности позволяли дифференцированно подходить к созданию долгосрочных программ оздоровления населения конкретных районов и

населенных пунктов (Е.А.Тишук, В.О.Щепин, Н.П.Дружинин, 2004). В северных регионах имеют место обусловленные спецификой трудовой деятельности и образа жизни существенные различия по структуре и уровню патологии между коренным и приезжим населением. Для первых характерна высокая заболеваемость органов зрения, инфекционными и паразитарными болезнями, для приезжего населения характерна более высокая заболеваемость ишемической болезнью сердца и цереброваскулярными болезнями, а также сахарным диабетом и болезнями щитовидной железы, что является проявлением адаптационных механизмов и специфики микроэлементного геохимического состава почвы и воды (Е.А.Тишук, В.О.Щепин, Н.П.Дружинин, 2004).

Особенности климато-географических условий, низкая плотность населения территорий, ограниченность транспортной инфраструктуры обуславливают и особенность размещения и мощности лечебно-профилактических учреждений и организации медицинской помощи. Традиционные медицинские подходы в условиях реструктуризации экономики и социальной сферы предполагают и внедрение инновационных технологий в организацию медицинской помощи населению.

Принятие договора между Администрацией Тюменской области, Ханты-Мансийского и Ямало-Ненецкого автономных округов, в частности, об интеграции социальных сфер в экономическую среду субъектов, определяет актуальность и значимость диссертационного исследования.

Цель исследовательской работы – научное обоснование, разработка и внедрение организационно-экономических методов интеграции и развитие системы лечебно-профилактических учреждений Ямало-Ненецкого автономного округа в Тюменской области.

Задачи исследования:

1. Проанализировать роль медико-географических факторов в формировании здоровья и организации медицинской помощи населению Ямало-Ненецкого автономного округа.

2. Провести социологические исследования среди населения по формированию здорового образа жизни и отношению к организации медицинской помощи в Ямало-Ненецком автономном округе.
3. Научно обосновать и разработать организационно-экономические подходы по интеграции и организации в Тюменской области сети лечебно-профилактических учреждений для населения Ямало-Ненецкого автономного округа.
4. Выполнить медико-экономический анализ эффективности деятельности лечебно-профилактических учреждений департамента здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа в Тюменской области.
5. Научно обосновать организационные технологии в развитии государственно-частного партнерства в деятельности лечебно-профилактических учреждений.

Объект исследования

Население и сеть лечебно-профилактических учреждений Ямало-Ненецкого автономного округа. Лечебно-профилактические учреждения департамента здравоохранения округа, расположенные в Тюменской области.

Предмет исследования

Медико-социальные и экономические отношения в сфере деятельности регионального здравоохранения.

Научная новизна исследования

Проведено комплексное медико-социальное исследование с учетом климато-географических, медико-социальных факторов, оказывающих влияние на состояние здоровья и организацию медицинской помощи населению Ямало-Ненецкого автономного округа.

Научно обоснованы, разработаны и внедрены организационные технологии государственно-частного партнерства в деятельности

департамента здравоохранения округа при развитии сети и интеграции с лечебно-профилактическими учреждениями Тюменской области.

Научно-практическая значимость выполненного исследования

В теоретическом плане в результате выполненного исследования получены новые данные о состоянии здоровья населения, в том числе коренных жителей Ямало-Ненецкого автономного округа, причинно-следственных факторах и системе организации медицинской помощи.

Разработанные медико-экономические технологии государственно-частного партнерства в организации лечебно-профилактических учреждений департамента здравоохранения округа могут быть рекомендованы для внедрения в других субъектах Федерации по северным территориям.

Разработанная и внедренная интеграционная система взаимодействия с лечебно-профилактическими учреждениями департамента здравоохранения Тюменской области также может быть рекомендована для северных территорий.

Положения, выносимые на защиту:

1. Демографические процессы в Ямало-Ненецком автономном округе характеризуются позитивными тенденциями и естественным приростом населения, в то же время, наблюдается рост заболеваемости, при этом как демографические процессы, так и заболеваемость отличаются значительной полярностью, особенно в муниципальных образованиях с коренным населением.
2. С получением юридического статуса самостоятельного субъекта Российской Федерации, традиционные интеграционные связи здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа с здравоохранением Тюменской области были утрачены, в то же время сеть и структура лечебно-профилактических учреждений располагает ограниченными возможностями в оказании специализированной медицинской помощи населению округа.

3. Государственно-частное партнерство и интеграция с системой здравоохранения Тюменской области значительно расширяет возможности для населения округа в доступности специализированной, в том числе, высокотехнологической медицинской помощи, при снижении финансовых затрат в её получении.

Апробация результатов диссертационного исследования

Основные положения и результаты докладывались на региональных и межрегиональных научных конференциях (гг.Ханты-Мансийск, Тюмень, Екатеринбург), на научной конференции в г.Москве, использовались при подготовке Постановлений Губернатора и решений коллегии департамента здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа. Материалы диссертации опубликованы в 6 печатных работах, в том числе 2 - в журналах, рекомендованных ВАК РФ, результаты диссертации внедрены в практику лекционного курса для слушателей ФПК и ПП ГОУ ВПО Тюменская госмедакадемия Росздрава (акт №18/2-В от 15.09.2010), внедрены в работу департамента здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа (акт № 37 от 8. 08. 2010), включены в соглашение по реализации Областной целевой программы «Сотрудничество» (акт от 25.02.2010).

Структура и объем диссертации

Диссертационная работа изложена на 202 страницах машинописного текста, содержит 31 таблицу, 23 рисунка. Диссертация состоит из введения, обзора литературы, главы с изложением программы, объема и методов исследования, трех глав, содержащих материалы собственных исследований, заключения, выводов, практических предложений, списка литературы, включающего 144 отечественных и 47 зарубежных источников научной информации, приложений.

Содержание работы

Во **введении** представлены актуальность и научное обоснование исследования, определена цель, задачи, изложена научная новизна, научно-

практическая значимость и определены основные положения, выносимые на защиту.

В **первой главе** представлены обзор и анализ отечественных и зарубежных источников по изучению проблем состояния здоровья населения северных территорий и развития систем здравоохранения. Современный этап в развитии России характеризуется интенсивным освоением северных регионов страны, где условия труда и проживания людей характеризуются сложными природно-климатическими и социально-экономическими условиями. Отмечались различия по уровням и структуре патологии у коренных народов Севера и приезжих из других регионов страны. Организация медицинской помощи в северных регионах имеет свои особенности, обусловленные низкой плотностью населения, ограниченной транспортной доступностью и экстремальными природно-климатическими условиями.

В последние годы был выполнен ряд исследований, направленных на оптимизацию систем здравоохранения приполярных территорий, вместе с тем, проблема остается не полностью решенной, что и определяет выбор направления нашего исследования.

В **главе 2 «Программа, материалы и методы исследования»** изложена краткая медико-географическая характеристика Ямало-Ненецкого автономного округа, объекта исследования, этапность выполнения и методические подходы к сбору, обработке и анализу полученной информации.

Информационная составляющая была представлена материалами статистической и экономической информации департаментов здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа и Тюменской области, а также информацией, полученной автором в процессе выполнения исследовательской работы.

Ямало-Ненецкий автономный округ расположен на Крайнем Севере, частично за полярным кругом, для региона типичны полярные ночь и день,

низкие температуры, ограниченность транспортной инфраструктуры и низкая плотность населения – 0,7 чел. на 1 кв.км.

Развитие инфраструктуры городов, населенных пунктов и миграция населения начинается в 50-х годах прошлого столетия, с освоением газовых и нефтяных месторождений.

Одной из наиболее значимых экологических проблем на территории округа является нарушение почвенно-растительного покрова вечной мерзлоты, деградация тундрового ландшафта, загрязнение нефтегазовым комплексом атмосферы, поверхностных и подземных вод.

На первом этапе исследования была определена цель, задачи, объект и предмет исследования, источники информации и методы сбора, обработки и анализа.

На втором этапе исследования применялся социологический метод с целью оценки медико-социальной характеристики, условий жизни, санитарно-гигиенической культуры населения и самооценки состояния здоровья жителей городских и сельских территорий. Социологические исследования проводились в г.Новый Уренгой и сельских территориях - в Тазовском и Красноселькупском районе. На следующих этапах проводилось исследование особенностей состояния здоровья городского и сельского населения на основании критериев первичной и общей заболеваемости и их прогноз до 2015 г.

На заключительном этапе исследования анализировались медико-социальные и экономические аспекты интеграции и организации в Тюменской области сети лечебно-профилактических учреждений для населения округа.

Глава 3 «Демографические процессы, состояние здоровья и система организации медицинской помощи населению Ямало-Ненецкого автономного округа». Основные показатели, характеризующие демографические процессы: рождаемость, смертность, младенческая смертность и естественный прирост населения – характеризовались

позитивными тенденциями, и они были значительно ниже или выше аналогичных показателей в сравнении с Тюменской областью и Российской Федерацией (таблица 1).

Таблица 1 – Динамика демографических процессов в Ямало-Ненецком автономном округе

Показатель	Территория	Годы							
		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Рождаемость	ЯНАО	11,8	12,8	13,2	14	14	13,6	13,2	14,2
	Тюменская область	9,5	10,1	11,0	11,5	12,2	12,2	12,6	14,0
	Россия	8,7	9,1	9,8	10,2	10,4	10,2	10,4	11,3
Общая смертность	ЯНАО	5,6	6,1	5,8	6	5,7	5,9	5,6	5,4
	Тюменская область	13,3	13,5	14,5	14,7	14,6	14,5	13,5	13,1
	Россия	15,4	15,6	16,3	16,4	16	16,1	15,2	14,6
Младенческая смертность	ЯНАО	14,4	15,6	14	12,7	13,4	11,2	13	13,3
	Тюменская область	16,6	13,2	10,8	10,7	11,5	8,8	7,4	7,0
	Россия	15,3	14,6	13,3	12,4	11,6	11	10,2	9,4
Естественный прирост	ЯНАО	6,2	6,7	7,4	8	8,3	7,7	7,6	8,8
	Тюменская область	-3,8	-3,4	-3,5	-3,2	-2,4	-2,3	-0,9	0,9
	Россия	-6,7	-6,5	-6,5	-6,2	-5,6	-5,9	-4,8	-3,3

При изучении демографических процессов нами было выполнено типологическое ранжирование муниципальных образований округа и определена их дифференциация, при этом наиболее позитивные тенденции отмечались по городским поселениям.

В округе наблюдалась позитивная динамика по рождаемости, и в течение исследуемого периода она превышала аналогичный показатель по Российской Федерации (рисунок 1). Наиболее высокие показатели рождаемости традиционно отмечались в сельских территориях округа с высоким удельным весом жителей коренных народов севера, отличающихся высокой рождаемостью.

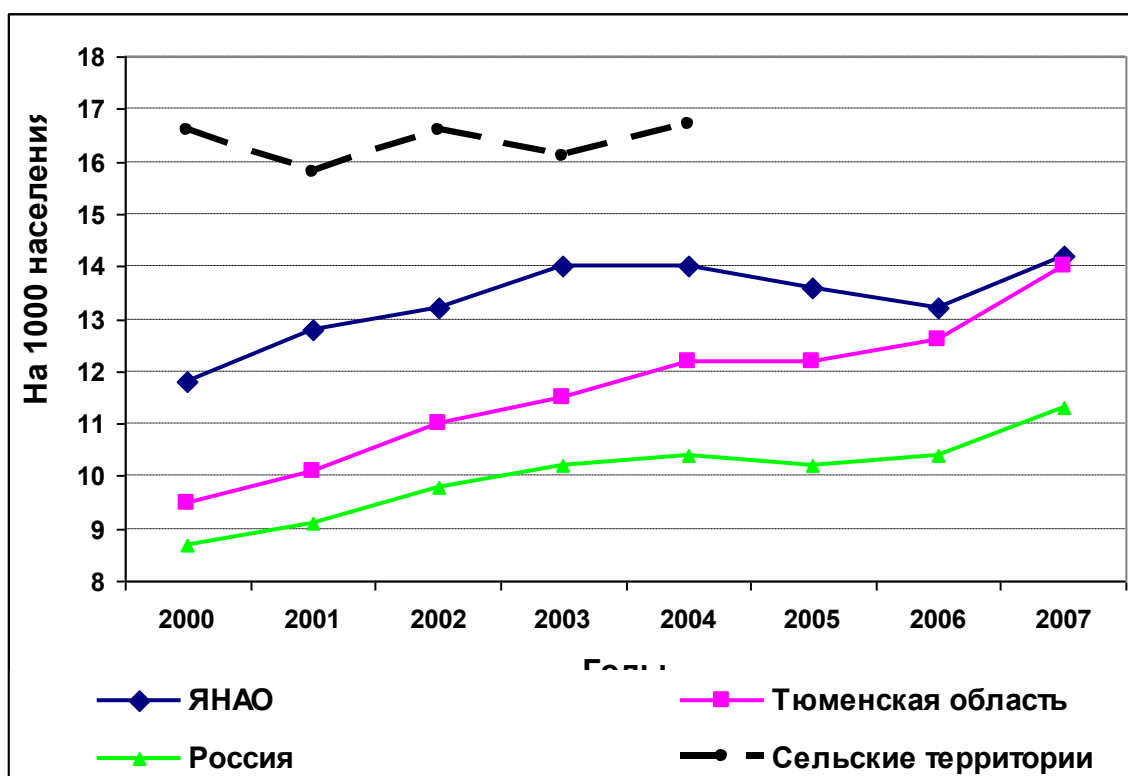


Рисунок 1 - Рождаемость населения в Ямало-Ненецком автономном округе

По общей смертности населения округ относится к субъектам с самыми низкими показателями в Российской Федерации. Наиболее высокие показатели смертности отмечались среди жителей сельских территорий (13,1 и 13,5 на 1000 населения, а в городских поселениях – от 3,8 в г.Новый Уренгой до 8,0 в г. Салехарде (рисунок 2).

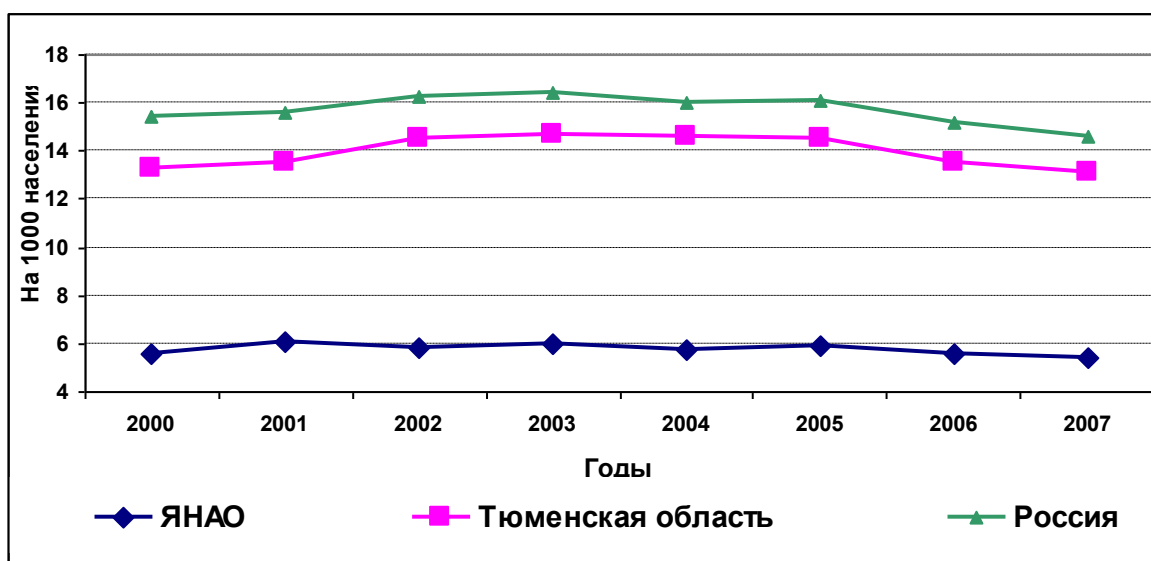


Рисунок 2 - Общая смертность

В структуре общей смертности в ЯНАО, как и в других субъектах Федерации, превалирует смертность от болезней системы кровообращения – 36,0%, от травм, отравлений – 25,8%, онкологической патологии – 15%. До 6% и выше смертность регистрируется от болезней органов пищеварения, что, очевидно, связано с уровнем заболеваемости паразитарными заболеваниями, преимущественно, среди коренного населения. Смертность от заболеваний органов дыхания составляет в среднем 4%, при этом 78,9% - от пневмоний без уточнения возбудителя.

К одному из наиболее объективных индикаторов, характеризующих демографические процессы, относится показатель младенческой смертности. Это кумулирующий показатель социально-экономических, санитарно-гигиенических и медицинских факторов, и за последние годы не наблюдалось позитивных изменений, за исключением городских поселений. Показатели младенческой смертности были выше аналогичных показателей по Тюменской области и Российской Федерации (рисунок 3). Наиболее высокие показатели младенческой смертности регистрировались в муниципальных образованиях сельских территорий с коренным населением.

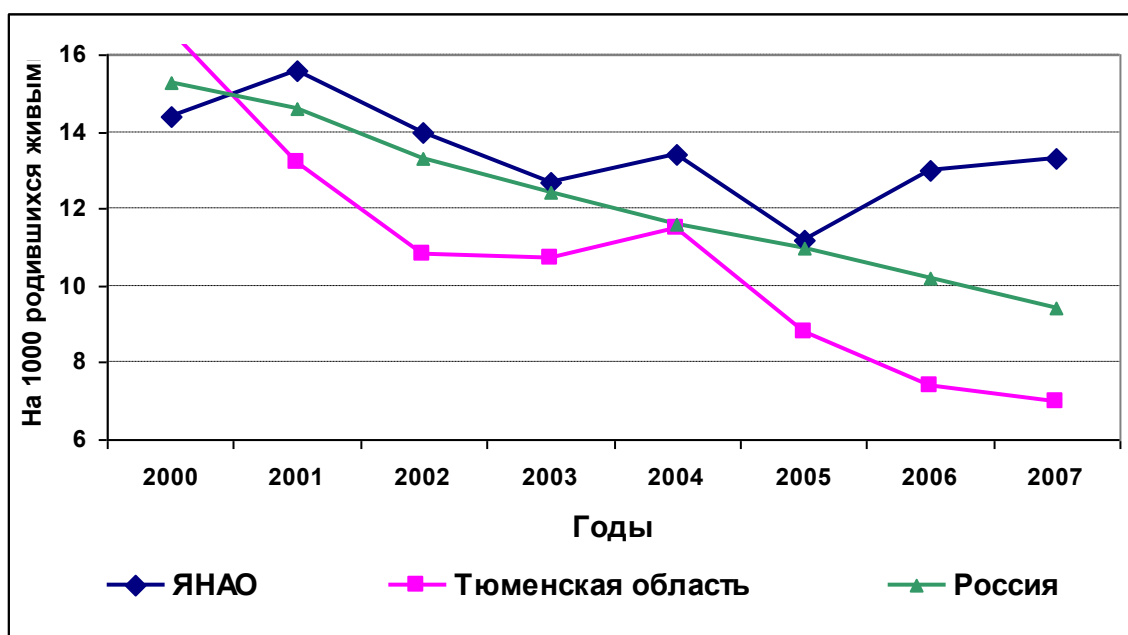


Рисунок 3 – Младенческая смертность

В динамике естественного прироста населения наблюдались две противоположные тенденции – это миграция трудоспособного населения и реэмиграция населения старших возрастных групп в другие субъекты Российской Федерации, в том числе и в Тюменскую область (рисунок 4).

Наиболее высокие показатели естественного прироста регистрировались в сельских территориях, и это вполне объяснимо, так как показатели рождаемости превышали относительно невысокие для округа показатели смертности.

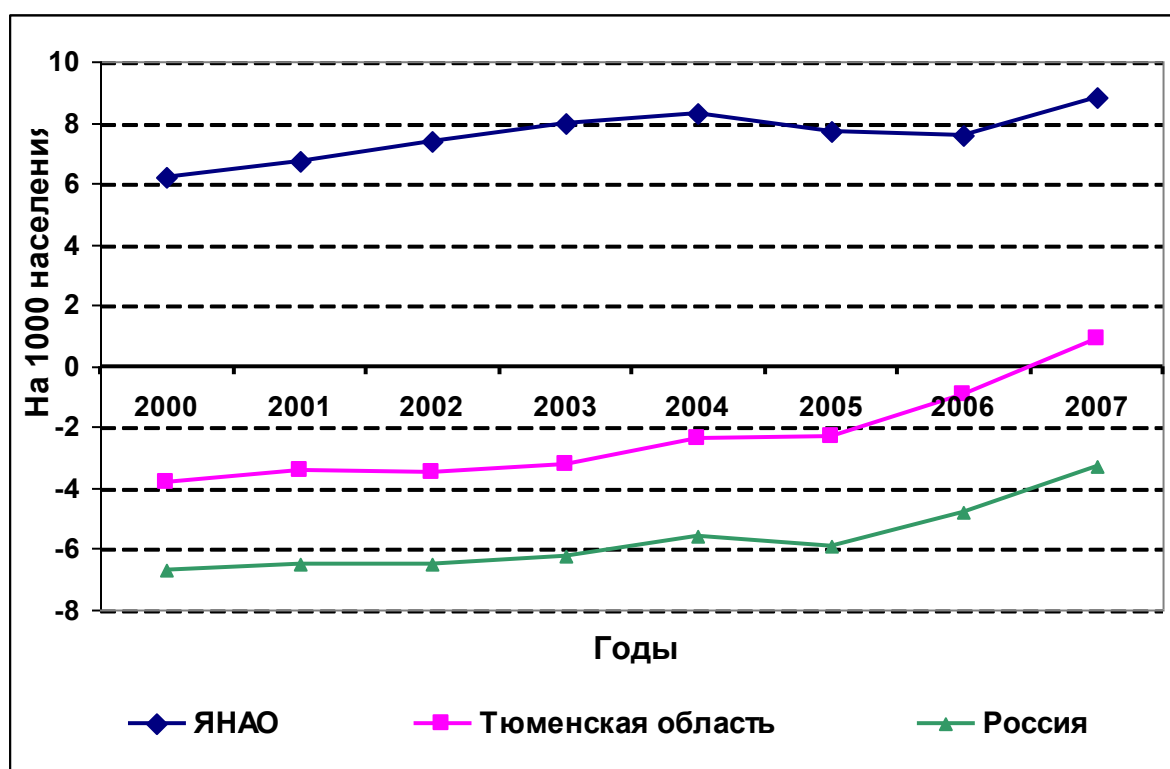


Рисунок 4 – Естественный прирост населения

Таким образом, демографические процессы в округе характеризовались позитивными тенденциями и, в то же время, наблюдалась выраженная дифференциация между городскими и сельскими поселениями.

Изучение заболеваемости населения округа проводилось поэтапно, так, в период 2000-2004 гг. анализировались тенденции, структура общей и первичной заболеваемости, её распространенность по территориям, а в период 2005-2007 гг. проводились наблюдения за её динамикой и

структурными изменениями. Заболеваемость с временной утратой трудоспособности изучались среди работников газовой промышленности.

Наибольший уровень заболеваемости по всем возрастным группам регистрировался в восточной части (г.г. Ноябрьск, Муравленко, в Пуровском, Красноселькупском, Тазовском районах), наименьшие показатели заболеваемости были отмечены в западных, сельских районах округа (Шурышкарском, Ямальском, Приуральском районах). Это можно объяснить не только промышленным характером труда в восточных районах, сколько лучшим медицинским обеспечением новых развивающихся городов автономного округа. Сельское и, тем более, кочевое население западных районов имеет ограниченную доступность к медицинской помощи.

При анализе первичной и общей заболеваемости населения отмечалась устойчивая тенденция к её стабилизации в период 2004-2008 гг. Так, уровень первичной заболеваемости на 1000 населения в 2004 г. составлял 1182, а в 2008 г. - 1151,4, аналогичная ситуация наблюдалась и по общей заболеваемости, соответственно, 1958,9 и 2076,8. Наиболее высокие уровни заболеваемости регистрировались среди населения сельских территорий. Выполненный прогноз по первичной заболеваемости населения до 2015 г. показал, что уровень первичной заболеваемости сохранит стабильный характер и будет наблюдаться незначительное снижение до 1062, 4 на 1000 населения, общая заболеваемость будет иметь тенденцию к повышению до 2264,0 на 1000.

Сеть амбулаторно-поликлинических учреждений располагает мощностями ниже рекомендованных Министерством здравоохранения и социального развития РФ, наиболее низкие показатели обеспеченности амбулаторно-поликлиническими учреждениями на 10 тыс. населения отмечаются в городе Ноябрьск и Новый Уренгой, где они составляют соответственно 71,1 и 67,3 посещений в смену. Наиболее высокие показатели (свыше 12 посещений) регистрировались в городских территориях гг.

Муравленко, Ноябрьск, Салехард, в сельских территориях: Надымском и Пуировском районах.

При анализе функции врачебной должности отмечался высокий уровень занятости штатных врачебных должностей и укомплектованность системы первичной медико-санитарной помощи врачами участково-территориальной службы, врачами-терапевтами, педиатрами, акушерами-гинекологами и хирургами. По более узким специальностям отмечалась общая тенденция, характерная и для других субъектов Российской Федерации. В то же время за исследуемый период не отмечалось позитивной динамики к увеличению или приближению к нормативным критериям функции врачебной должности.

Центральные районные больницы имеют среднюю коечную мощность 240 коек, но эти показатели достигнуты за счет Надымской центральной районной больницы на 445 коек и Тарко-Салинской - на 268 коек. Остальные центральные районные больницы имеют среднюю мощность 105 коек и по профилю представлены койками первичной медико-санитарной помощи.

Надымская и Тарко-Салинская центральные больницы располагают отдельными видами стационарной специализированной медицинской помощи, это преимущественно койки травматологического и кардиологического профиля, эндокринологические, нейрохирургические, урологические, онкологические и иного профиля. Следует отметить, что они не являются полноценными отделениями, а представлены отдельными койками, так, в Надымской ЦРБ количество нейрохирургических коек – 13, урологических – 10, онкологических – 5, в Тарко-Салинской ЦРБ – травматологических - 12, отоларингологических – 5 и т.д. Несколько иная ситуация наблюдалась по городским многопрофильным больницам, где специализированные отделения представлены 20-30 койками и более, но в то же время наблюдалась и ситуация, когда специализированные койки представлены в количестве 5-15.

За период с 2003 по 2007 гг. общее количество коек уменьшилось на 5,1%, в том числе и на 10 000 населения соответственно с 112,8 до 103,2.

Наиболее высокие показатели обеспеченности коечным фондом отмечались в Приуральском, Красноселькупском и Шурышкарском районах соответственно 171,4, 147,2 и 141,3 на 10,0 тыс. населения населения, на уровне 78,6 и 96,2 регистрировались в Пуровском районе и городах Ноябрьске, Муравленко, Новый Уренгой и Лабитнанги.

Анализ фактической обеспеченности населения округа специализированным коечным фондом и проведенный расчет нормативной обеспеченности по «Методике определения нормативной потребности субъектов РФ в объектах здравоохранения», утвержденной распоряжением Правительства РФ от 19 октября 1999 г. № 1683-р, показал необходимость корректировки практически по всем профилям.

По нашему мнению, частично это можно было объяснить особенностями северных территорий, медико-географическими факторами, но, по всей вероятности, основные причинные факторы заключались в организационных процессах и внедрении ресурсосберегающих технологий.

Наши выводы подтверждались и низкой интенсификацией использования коечного фонда по муниципальным образованиям, так, за период наблюдения работа койки в течение года не превышала 300 дней в году, оборот (функция) койки колебалась в пределах 24,5 – 25, но, при этом, средняя длительность пребывания имела отчетливую тенденцию к снижению. Обращает на себя внимание, что уровень госпитализации продолжал оставаться достаточно высоким, в пределах 25-26 на 100 человек. Низкая интенсивность использования коечного фонда наблюдалась равноценно как в сельских, так и в городских территориях.

За период 2000-2007 гг. общая численность врачей (в абсолютных цифрах), имела некоторую тенденцию к стабилизации на уровне 2200-2180, изменения в обеспеченности врачебным персоналом по лечебно-

профилактическим учреждениям округа, особенно по центральным районным больницам, крайне незначительны.

В главе 4 «Медико-социальная и экономическая характеристика населения Ямало-Ненецкого автономного округа по данным социологических исследований» представлены результаты сравнительного анализа факторов социально-экономического характера для населения городских и сельских территорий и оценка потребителями медицинских услуг, деятельности функционирующей системы здравоохранения округа.

Сформированная, при обращении в лечебно-профилактические учреждения, совокупность респондентов, наиболее полно представлена лицами трудоспособного возраста. Удельный вес лиц, родившихся и живших всю жизнь в округе, сильно различался, так, среди городских респондентов они составляли всего 3,5%, в то время как среди сельских – в 7 раз больше.

В структуре городского и сельского населения наибольший удельный вес составляли служащие, и это вполне объяснимо, так как в их число попадает большое число наемных работников государственных, муниципальных и других учреждений, занятых интеллектуальным трудом. Основы экономики округа составляют предприятия нефтегазовой промышленности, эта категория граждан занимает второе ранговое место среди городских жителей. В сельских населенных пунктах каждый третий респондент не работает, значительный удельный вес занимают безработные и домохозяйки, и этот показатель вдвое выше, чем среди городского населения.

При сравнительном анализе материального достатка более низкий уровень отмечался у жителей сельских территорий, среди которых доход выше 30,0 тыс. руб. вообще не регистрировался, каждый третий житель села имеет доход в пределах 7000-8000, в то время как каждый житель города – от 10 до 15 тыс.руб.

Большинство респондентов оценивает деятельность медицинских учреждений по месту жительства удовлетворительно или ниже, причем,

практически по всем позициям, сельские жители относятся к здравоохранению более критично. По совокупности социологических исследований, удовлетворенность населения по организации и качеству оказания медицинской помощи составляла 63,8%, что ниже аналогичных данных по Ханты-Мансийскому автономному округу (Бастрон А.С., 2004) и регионам Уральского Федерального округа (Сорокун В.И., 2000).

Глава 5. Научно-методическое и экономическое обоснование интеграции и организации сети лечебно-профилактических учреждений Ямало-Ненецкого автономного округа в Тюменской области.

Проведение административной реформы, приобретение Ямало-Ненецким автономным округом статуса самостоятельного субъекта Российской Федерации, расширяет его экономические возможности, в том числе и в развитии системы здравоохранения, при этом система интеграции с лечебно-профилактическими учреждениями Тюменской области утрачивает свое значение. Администрация автономного округа санкционирует право пациентов на получение специализированной медицинской помощи в медицинских учреждениях других субъектов Российской Федерации, но отсутствие реальных возможностей экспертизы качества медицинской помощи, систематическое завышение цен на оказываемые услуги со стороны лечебно-профилактических учреждений других субъектов Федерации, сделали подобную форму для жителей Ямало-Ненецкого автономного округа неэффективной ни с медицинских, ни с экономических позиций.

В 2000 г. субъекты Российской Федерации, ранее составлявшие единую Тюменскую область - Ямало-Ненецкий, Ханты-Мансийский автономные округа и Тюменская область, оформили договор «Сотрудничество», который был направлен на восстановление утраченных экономических и социальных связей во всех областях жизнедеятельности. Ямало-Ненецкий автономный округ получил право на использование территории Тюменской области для развития учреждений социальной сферы в интересах жителей округа.

Первым этапом в реализации социальной программы стало приобретение в 2000 году в собственность Ямало-Ненецкого автономного округа двух имущественных комплексов на юге Тюменской области.

Медико-экономической мотивацией послужило обстоятельство, что материально-техническая база областных психоневрологических больниц перестала удовлетворять потребностям округа и больные направлялись на госпитализацию в клиники других субъектов Российской Федерации. Было принято решение о строительстве окружной психиатрической больницы, вместе с тем, строительство и содержание больниц в северных территориях в три раза дороже, чем на юге Тюменской области.

Поэтому приобретенный имущественный комплекс после реконструкции (при этом финансовые затраты были в 7 раз меньше, чем при строительстве больницы), был реорганизован в государственное учреждение здравоохранения – окружную психоневрологическую больницу.

На базе второго имущественного комплекса было создано государственное учреждение здравоохранения «Ямало-Ненецкий детский санаторий «Снежинка». Расположенный в пригороде г.Тюмени, санаторий стал принимать детей с ослабленным здоровьем, преимущественно из числа коренных народов Севера.

В 2001 году, в связи с аварийным состоянием, был ликвидирован окружной специализированный дом ребёнка в городе Салехарде. В целях оказания медико-социальной помощи детям-сиротам и детям, оставшимся без попечения родителей, с дефектами умственного и физического развития, был приобретён имущественный комплекс в г.Тюмени, и на его базе было создано государственное учреждение здравоохранения «Ямало-Ненецкий окружной специализированный дом ребёнка».

К 2002 г. все три объекта автономной лечебно-профилактической сети на юге Тюменской области вышли на проектную мощность. Сравнительный медико-экономический анализ позволил определить преимущества в

показателях интенсивности использования коечного фонда и их стоимости перед аналогичными учреждениями, расположенными на территории округа.

Для обеспечения медицинской помощью взрослого населения, проживающего как в Ямало-Ненецком автономном округе, так и за его пределами, было принято решение о создании окружного государственного учреждения здравоохранения «Медико-санитарная часть им. Е.М. Нигинского» (Постановление Губернатора Ямало-Ненецкого автономного округа от 17 июля 2003 года за № 267).

Для организации специализированной медицинской помощи больным с заболеваниями опорно-двигательного аппарата и периферической нервной системы в 2002 г. приобретена грязелечебница «Ахманка», после реконструкции на её базе организована больница восстановительного лечения.

Проблема лечения больных, нуждающихся в специализированных видах медицинской помощи, была решена в рамках межрегионального договора «Сотрудничество», через договорную систему в областных лечебно-профилактических учреждениях Тюменской области.

Анализ расходов на специализированные виды медицинской помощи в областных лечебно-профилактических учреждениях г.Тюмени, в совокупности существенно ниже, чем возможные прогнозируемые расходы в Ямало-Ненецком автономном округе.

Медицинские услуги и качество медицинской помощи жителям Ямало-Ненецкого автономного округа гарантируется окружными тарифами, которые выше уровня тарифов в областных лечебно-профилактических учреждениях Тюменской области.

Отсутствие зависимости от гарантированных источников финансирования и рост доходов от эффективной деятельности на рынке медицинских услуг позволили департаменту здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа пойти на первый экономический эксперимент

по созданию автономного некоммерческого медицинского объединения на условиях полной самокупаемости и самофинансирования.

Лечебно-профилактические учреждения Ямало-Ненецкого автономного округа в Тюменской области, в соответствии с Постановлениями Губернатора Ямало-Ненецкого автономного округа от 2 ноября 2004 года № 927 «О создании открытого акционерного общества «Управляющая медицинская компания “Нордмедком”» были реорганизованы в автономное некоммерческое объединение. При этом имущественный комплекс остаётся в собственности администрации автономного округа. Управляющая компания «Нордмедком» выполняет функции оперативного управления имущественным комплексом, который включает: медико-санитарную часть им.Нигинского, больницу восстановительного лечения «Ахманка» и детский санаторий «Снежинка». Финансирование лечебно-профилактических учреждений производится в системе государственного заказа департамента здравоохранения округа в пределах до 30%, а также по системе добровольного медицинского страхования и предпринимательской деятельности. Окружная психиатрическая больница и специализированный дом ребенка находятся в оперативном управлении Департамента здравоохранения округа и полностью финансируется из бюджета системы государственного заказа (рисунок 5).

Изменение системы управления привело к дальнейшему росту эффективности работы на рынке медицинских услуг, при этом бюджет и средства обязательного медицинского страхования стали составлять в структуре общих доходов объединения на 4,7% меньше.

Организацию сети лечебно-профилактических учреждений администрацией Ямало-Ненецкого автономного округа на юге Тюменской области, с последующей передачей в управление частной инвестиционной компании можно рассматривать, как процесс организации и управления в системе государственно-частного партнерства.



Рисунок 5 - Схема управления и интеграции здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа с лечебно-профилактическими учреждениями Тюменской области

Выводы

1. Демографические процессы в Ямало-Ненецком автономном округе характеризуются позитивными тенденциями в увеличении рождаемости, низкими показателями смертности и положительным балансом естественного прироста населения, при этом они отличаются значительной полярностью среди жителей городских и сельских территорий, где более высокие показатели рождаемости, младенческой и общей смертности, особенно среди коренных жителей.
2. За период 2000-2007 гг. наблюдается тенденция к стабилизации первичной заболеваемости, в то же время, уровень общей заболеваемости увеличивается, что, очевидно, связано с хронизацией патологических процессов и адаптационным периодом мигрирующего населения. Прогнозные критерии по первичной и общей заболеваемости показывают, что они будут сохранять наблюдаемую тенденцию и структуру заболеваемости до 2015 г.
3. Система здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа характеризуется избыточным обеспечением коечным фондом, низким уровнем интенсивности его использования, в то же время отмечается низкая обеспеченность мощностями амбулаторно-поликлинических учреждений, особенно в городских территориях при ограниченном развитии стационарозамещающих технологий.
4. Структурные диспропорции при организации специализированных отделений, в том числе и отдельных специализированных коек в лечебно-профилактических учреждениях округа, можно объяснить как климато-географическими особенностями северных территорий, так и отсутствием системного подхода по медицинскому районированию и интеграции муниципальных систем здравоохранения.
5. Для повышения доступности и эффективности деятельности оказания консультативно-диагностической и стационарной специализированной помощи целесообразно провести в округе ее реструктуризацию, с медицинским районированием и организацией на базе многопрофильных

больниц межмуниципальных консультативно-диагностических и стационарных центров.

6. Интеграция здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа в рамках программы «Сотрудничество» с областными лечебно-профилактическими учреждениями Тюменской области расширяет доступность населения к специализированным и высокотехнологичным видам медицинской помощи и снижает затратность при оказании медицинских услуг.

7. Результаты эксперимента по организации администрацией Ямало-Ненецкого автономного округа в Тюменской области сети лечебно-профилактических учреждений на принципах государственно-частного партнерства, показали медико-экономическую эффективность и их можно рассматривать как перспективное направление для российского здравоохранения.

Практические рекомендации

1. Система интеграции здравоохранения между субъектами Российской Федерации расширяет доступность и снижает затратность при оказании специализированной медицинской помощи населению северных территорий и может быть рекомендована для внедрения в субъектах Федерации с ограничениями возможности оказания специализированной медицинской помощи.

2. Организация администрацией Ямало-Ненецкого автономного округа сети лечебно-профилактических учреждений в Тюменской области, на условиях государственно-частного партнерства, может быть рекомендована для внедрения в субъектах Российской Федерации при строительстве, реконструкции, медико-технологическом оснащении, аренды медицинских учреждений и других совместных программ в сфере здравоохранения.

Список опубликованных работ

Публикации в изданиях, рекомендованных ВАК

1. *Шемякин Г.А.* Медико-экономические факторы при создании автономного некоммерческого медицинского объединения для населения Ямало-Ненецкого округа на юге Тюменской области / Г.А. Шемякин // Вестник Уральской мед. акад. науки. - 2009. - № 3. - С.14-16.

2. *Шемякин Г.А.* Социологические исследования квалификационных характеристик врачебного персонала медицинских учреждений Ямало-Ненецкого автономного округа, расположенных на юге Тюменской области / Г.А. Шемякин, А.Б. Блохин // Медицинская наука и образование Урала.- 2009. - № 4 - С. 92-94.

Публикации в сборниках статей, журналах, других периодических изданиях

3. *Шемякин Г.А.* Частно-государственное партнерство в развитии медицинских услуг для населения Ямало-Ненецкого АО / Г.А. Шемякин // Бюлл. НИИ общественного здоровья.- М., 2009. - Вып. 3. - С.130-132.

4. *Шемякин Г.А.* Организация специализированной медицинской помощи населению в Ямало-Ненецком автономном округе / Г.А. Шемякин // Инновационные технологии в организации и экономике здравоохранения: сб.науч.работ. - Екатеринбург, 2009. - С. 46-50.

5. *Шемякин Г.А.* Организация специализированных лечебно-профилактических учреждений восстановительного лечения для населения Ямало-Ненецкого автономного округа на юге Тюменской области / Г.А.Шемякин // Региональное здравоохранение: сб. науч. работ.- Екатеринбург, 2009. - С. 125-128.

6. *Шемякин Г.А.* Демографические процессы в Ямало-Ненецком автономном округе / Г.А. Шемякин // Инновационные технологии в организации и экономике здравоохранения: сб. науч. работ.- Екатеринбург, 2009. - С.127-129.

Подписано в печать 22.10.2010. Формат 60X84 1/16.
Усл. печ. л.. 1,5 . Тираж 120 экз.
Заказ №

Типография «Уральский центр академического обслуживания»
620219, г.Екатеринбург, ул.Первомайская, 91