

На правах рукописи

Котова Евгения Александровна

**«Научные подходы оптимизации сети муниципальных учреждений
здравоохранения промышленных городов
(на примере муниципального образования г. Ангарска).**

14.02.03 – общественное здоровье и здравоохранение

А В Т О Р Е Ф Е Р А Т
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Москва – 2010

Диссертация выполнена в Федеральном государственном учреждении Центральном научно-исследовательском институте организации и информатизации здравоохранения Росздрава

Научный руководитель:

доктор медицинских наук
ПУЧКОВ КОНСТАНТИН ГЕННАДЬЕВИЧ

Официальные оппоненты:

доктор медицинских наук, профессор
ЛЕОНОВ СЕРГЕЙ АЛЕКСЕЕВИЧ

Доктор медицинских наук, профессор
ЛАКУНИН КОНСТАНТИН ЮРЬЕВИЧ

Ведущая организация:

РОССИЙСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ДРУЖБЫ НАРОДОВ

Защита диссертации состоится « 25 » февраля _____ 2011 года на заседании Диссертационного совета Д 208.110.01 при ФГУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения Росздрава» (127254, г. Москва, ул. Добролюбова, д.11)

Ученый секретарь

Диссертационного совета,
доктор медицинских наук

Константин Геннадьевич Пучков

Актуальность темы исследования.

Неблагоприятные тенденции социального, экономического и демографического развития страны в последние два десятилетия предопределили необходимость реформирования ключевых сфер жизнедеятельности россиян. Одним из приоритетных направлений данных реформ является адаптация системы здравоохранения к новым социально-экономическим, демографическим и административным реалиям.

До последнего времени основное внимание уделялось вопросам оперативного управления муниципальным здравоохранением (Хуторной В.В., 2003; Минченко В.А., 2003), разработке и внедрению новых организационных и медицинских технологий (Михайлова Ю.В., 2003; Полунина Н.В., 2002; Кича Д.И., 2007).

Административная реформа, реализованная через федеральные законы № 131-ФЗ, № 95-ФЗ, № 122-ФЗ, обеспечила перераспределение полномочий между уровнями власти. Децентрализация управления системой здравоохранения регионов с выделением нескольких уровней, в частности, с выделением муниципального здравоохранения, сопровождалась значительным разнообразием в решении расширением как оперативных, так и тактических задач организации медицинского обеспечения на всех уровнях оказания медицинской помощи регионах (Щепин О.П., 2003; Хальфин Р.А., 2004; Денисов И.Н., 2005)

При этом стало возможным разрабатывать и реализовывать систему мероприятий по охране здоровья населения, опираясь на объективную информацию о социально-экономических, демографических, климатических, экологических и других особенностях конкретного муниципального образования. Стало возможным проводить реструктуризацию сети ЛПУ с целью более полного удовлетворения потребности в основных видах помощи на базе учреждений муниципального образования и рационального использования принципов этапности в оказании помощи по ее специализированным видам К потенциальным преимуществам данной системы оказания медицинской помощи относится возможность организации оперативной обратной связи, использования межведомственного взаимодействия.

Таким образом, дальнейшие преобразования отрасли должны быть направлены как на расширение объемов и видов предоставляемой медицинской помощи, так и на развитие принципов самостоятельности медицинских учреждений, изыскания дополнительных материальных ресурсов и финансовых резервов. В стадии обсуждения находятся проблемы стратегического планирования и управления муниципальным здравоохранением, нуждаются в усовершенствовании методы прогнозирования развития медико-демографической ситуации муниципальных городских образований и промышленных центров (Михайлова Ю.В., 2003; Линденбрaten А.Л., 2003; Бреусов А.В., 2005; Щепин В.О. 2006). Вопросы оптимизации сети лечебных учреждений, оказывающих помощь городскому населению, до настоящего времени изучены недостаточно.

Одним из стратегических направлений реформы отечественного здравоохранения является развитие и укрепление стационарной медицинской помощи населению. На это звено приходится наибольший объем проводимых лечебно-диагностических мероприятий, осуществляемых, преимущественно на муниципальном уровне. Следовательно, в сложившейся системе отечественного

здравоохранения муниципальный уровень является основой, обеспечивающей как доступность медицинской помощи, так и, в конечном итоге, ее эффективность. Разработка современных подходов к оказанию медицинской помощи на муниципальном уровне должна строиться с учетом многих факторов, наиболее значимыми из которых являются наличие различий в структуре сети медицинских учреждений в отдельных муниципалитетах и наличие прогноза в потребности населения отдельных муниципалитетов в медицинской помощи. Вышеизложенное предопределило актуальность данного исследования, проведенного на базе одного из муниципальных образований нового субъекта Российской Федерации (г. Ангарск Иркутской области).

Цель исследования:

Обосновать и разработать предложения по оптимизации организационно-функциональной структуры лечебных учреждений на муниципальном уровне с учетом прогноза динамики показателей здоровья населения промышленного города.

Объектом исследования стала система здравоохранения муниципального образования г. Ангарска.

Предметом исследования служили показатели здоровья населения и организации деятельности лечебных учреждений системы здравоохранения Ангарского муниципального образования.

Для достижения поставленной цели решались следующие задачи:

1. Проанализировать развитие и совершенствование нормативно-правовой базы в условиях реформирования отечественного здравоохранения (1994-2009 гг.)
2. Провести комплексный анализ организации существующей системы оказания медицинской помощи городскому населению на муниципальном уровне на примере г. Ангарска.
3. Изучить динамику показателей здоровья населения городского муниципального образования в период 2003-2008 гг. и их зависимость от промышленных факторов; осуществить прогнозирование показателей заболеваний Ангарского муниципального образования по основным нозологиям.
4. Разработать комплекс организационных мероприятий по оптимизации сети лечебных учреждений городского муниципального образования с учетом показателей здоровья населения и их прогнозов на основе имеющихся ресурсов.
5. Оценить эффективность мероприятий по оптимизации и модернизации сети медицинских учреждений АМО.

Положения выносимые на защиту:

1. Прогнозирование динамики показателей здоровья населения является информационной основой корректировки территориальных нормативов объемов и ресурсов оптимизации сети лечебно-профилактических учреждений городского муниципального образования.

2. Наличие в промышленном городе учреждений ведомственного подчинения позволяет использовать те ресурсы, которых нет в достаточном объеме в учреждениях муниципальных образований и нивелировать негативные последствия недостаточной эффективности функционирования системы муниципального здравоохранения. Использование нормативного метода и метода поэтапного планирования при существовании медицинских учреждений различного подчинения позволяет исключить дублирование медицинских услуг населению.

3. Комплекс организационных мероприятий по оптимизации сети лечебных учреждений городского муниципального образования, основанного на учете показателей здоровья населения и реструктуризации имеющихся ресурсов, является необходимым условием повышения доступности медицинской помощи городскому населению.

Научная новизна исследования заключается в том, что определены проблемы организации муниципального здравоохранения в промышленном городе и подходы к их решению. Разработан алгоритм оптимизации сети лечебно-профилактических учреждений на муниципальном уровне, основанный на нормативном подходе к определению потребности населения в медицинской помощи и необходимых материальных ресурсах, на учете возможностей имеющихся медицинских учреждений и прогнозе состояния здоровья населения конкретного городского муниципального образования.

Предложен и научно обоснован подход, позволяющий более качественно прогнозировать развитие системы муниципального здравоохранения с помощью применения адаптированных сценариев развития, включающих в себя прогноз показателей здоровья населения и учитывающих специфику и структуру сети лечебных учреждений в городском муниципальном образовании.

Практическая значимость заключается в повышении структурной эффективности лечебно-профилактических учреждений на муниципальном уровне. Это позволит, с одной стороны, более полно удовлетворить потребности населения в лечении и диагностике наиболее массовых и значимых групп болезней, что приблизит оказание населению помощи «каждодневного и периодического спроса», а с другой – позволит повысить эффективность имеющихся ресурсов, с учетом предложений по реструктуризации разработать перспективный план развития сети ЛПУ, своевременно провести подготовку и переподготовку медицинских кадров с учетом планируемых изменений.

Внедрение: Положения диссертации использованы при подготовке отчета Управления здравоохранения Ангарского муниципального образования о состоянии здравоохранения АМО для представления в Городской думе г. Ангарска (2006г). Положения диссертации легли в основу территориальной программы «Совершенствование системы здравоохранения на территории Ангарского муниципального образования» компонента здравоохранения 2007-2012гг. и долгосрочного плана социально-экономического развития Ангарского муниципального образования на период до 2017 года - компонент «Здравоохранение». В связи с прогнозируемым ростом заболеваемости практически по всем классам болезни для оздоровления населения АМО было принято решения разработать муниципальные целевые среднесрочные программы по предупреждению и распространению социально-значимых заболеваний. На данный момент подготовлены и внедрены проекты программ на 2009-2013 гг.: «Неотложные меры по предупреждению распространения туберкулеза на территории АМО», «Анти-ВИЧ/СПИД», «Охрана репродуктивного здоровья», «Питание детей раннего возраста», «Развитие специализированной медицинской помощи», «Вакцинопрофилактика». При описании содержания проблем и при формировании ожидаемых конечных результатов реализации программ были использованы материалы и выводы настоящего исследования.

Структура и объем работы.

Диссертационная работа изложена на 155 страницах машинописного текста и состоит из введения, 5 глав, заключения, выводов, предложений, списка литературы, включающего 180 источников отечественных авторов и 24 источников зарубежных авторов. Работа иллюстрирована 24 таблицами, 34 рисунками и 2 схемами.

Публикации. По материалам диссертации опубликовано 4 статьи, в том числе 1 статья в журнале, рекомендованном ВАК.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ.

Во **Введении** обоснована актуальность проблемы, определена цель, сформулированы задачи исследования, показана научная новизна и практическая значимость работы, представлены положения, выносимые на защиту, уровни апробации и внедрения.

В первой главе «Развитие и совершенствование законодательной и нормативно-правовой базы в условиях реформирования отечественного здравоохранения» проведен анализ источников литературы по организации системы здравоохранения на муниципальном уровне, рассмотрены этапы развития муниципального здравоохранения в России и характерные для них проблемы. Анализ источников литературы свидетельствует о недостаточном числе исследований по организации системы здравоохранения промышленных городов, как пример муниципального уровня.

Систематизация и обобщение отечественных и зарубежных источников научной информации свидетельствуют об актуальности задачи совершенствования системы управления муниципальным здравоохранением на территории промышленного города. Результаты аналитического исследования позволили выявить основные проблемы, существующие в этой сфере организации здравоохранения:

- муниципальное здравоохранение в России воссоздается после длительного периода доминирования централизованной государственной модели управления отраслью, в связи с чем, для настоящего этапа характерна нерешенность многих концептуальных вопросов его развития;

- несмотря на высокую актуальность, проблема муниципального здравоохранения в России остается малоизученной.

Во второй главе «Программа, объем и методы исследования» обоснованы основные методические подходы, использованные в диссертационной работе.

Исследование проводилась в период 2003-2009гг. в муниципальном образовании г.Ангарск (АМО) Иркутской области. Для города Ангарска характерна высокая степень загрязнения окружающей среды, что еще 10 лет назад считалось основной проблемой социального развития города. Город Ангарск, наряду с промышленными городами области (Братск, Зима, Иркутск, Усолье-Сибирское, Черемхово и Шелехов) входит в приоритетный список 45 городов России с очень высоким средним уровнем загрязнения атмосферного воздуха. По объему атмосферного загрязнения город всегда являлся лидером в области, хотя суммарные выбросы за 5 лет уменьшились в 1,8 раза. Повышенный уровень загрязнения атмосферного воздуха в городе Ангарске обусловлен поступлением в атмосферу выбросов загрязняющих веществ от стационарных и передвижных источников. Основу выбросов в атмосферу составляют твердые вещества, окись углерода и окислы азота, по всем этим загрязнителям город Ангарск находится в числе лидеров в области.

Наибольшая доля в валовом выбросе загрязняющих веществ приходится на предприятия теплоэнергетики (68%) и нефтеперерабатывающей промышленности (25%), причем за последние годы это соотношение существенно изменилось в пользу теплоэнергетики. Ведущая роль в формировании риска заболеваемости и смертности,

в том числе от злокачественных новообразований, индуцированного загрязнением атмосферного воздуха, принадлежит выбросам ОАО «АНХК» (37-42%) , ТЭЦ-10, ТЭЦ-9 и ТЭЦ-1 (52-59%). Незначительные выбросы вредных веществ имеют ОАО «Ангарский завод полимеров» (4 %), ОАО «Ангарскцемент» (1 %), ФГУП АЭХК (0,1 %), ЗАО «Ангарская птицефабрика» (0,1 %).

Необходимость совершенствования здравоохранения Ангарского муниципального образования во многом диктуется объективными процессами – расширением потребностей населения в медицинской помощи, растущим использованием новых, эффективных лечебно-диагностических технологий, высокой заболеваемостью населения (125427,8 на 100 тыс. населения), повышением удельного веса пожилых категорий населения, растущей стоимостью медицинских услуг при ограниченности финансовых и материальных ресурсов, которыми располагает система здравоохранения, недостаточной укомплектованностью врачами-специалистами первичного звена (46,5 % участковых терапевтов).

На первом этапе исследования были определены объекты наблюдения, выбраны методы сбора, обработки и анализа информации, разработаны планы и программа исследования. По данным отечественной и зарубежной литературы были изучены и обобщены данные об этапах реформирования отечественного здравоохранения и нормативно-правовое сопровождение данных перемен, а также изучалась организация системы первичной медико-санитарной и стационарной помощи в муниципальных образованиях.

На втором этапе был проведен комплексный анализ медико-демографической ситуации, состояния здоровья населения, а также, ресурсного обеспечения системы здравоохранения АМО, который охватывал период 2003-2006 гг. Показатели здоровья населения изучены по статистическим формам за 2003-2006гг. Для сравнения использовались данные по Российской Федерации и Иркутской области. Расставить приоритеты проблем здоровья жителей АМО и измерить достигнутые в результате реализации сценариев была продиктована необходимость прогнозирования заболеваемости населения г. Ангарска до 2012 г. при условии отсутствия каких-либо улучшений в сфере охраны здоровья и оказания медицинской помощи. Оценка экологической обстановки в городе Ангарске осуществлена на основании анализа материалов государственных докладов областного комитета по экологии, городского центра госсанэпиднадзора (11 докладов), а также материалов исследований НИИ МТ и ЭЧ.

На последнем этапе исследования были выполнены экспертная оценка и анализ возможных способов решения задачи оптимизации лечебной сети муниципального здравоохранения г. Анагарска. Анализ внедрения рекомендованных мероприятий проводился по статистическим формам 2008, 2009гг г. Ангарска.

В работе использованы следующие методы: аналитический, медико-статистический, математическое моделирование, нормативный, поэтапное планирование метод экспертных оценок, метод непосредственного наблюдения. Цели, задачи, методики, инструменты, объем, положения, выносимые на защиту представлены на схеме №1.

Программа исследования

Цель: Обосновать и разработать предложения по оптимизации организационно-функциональной структуры лечебных учреждений на муниципальном уровне с учетом прогноза динамики показателей здоровья населения промышленного города.			
Этап	Задачи	Материалы	Методы исследования
I	Проанализировать стратегию развития нормативно-правовой базы в условиях реформирования отечественного здравоохранения (1994-2009гг)	Федеральные законы, Постановления Правительства РФ и Приказы Минздравсоцразвития Российской Федерации; 141 публикация отечественных исследователей 1967г -2009г, 21 зарубежных источников 1991 -2009гг.	логико-аналитический, библиографический
II	Провести комплексный анализ организации деятельности существующей системы оказания медицинской помощи населению промышленному городу на примере Ангарского муниципального образования с оценкой экологической обстановки города.	Формы статистической отчетности АМО с 2003-2006 гг; материалы государственных докладов областного комитета по экологии, городского центра госсанэпиднадзора (11 докладов), материалы исследований НИИ МТ и ЭЧ	аналитический, медико-статистический и математический, непосредственное наблюдение
III	Изучить динамику показателей здоровья городского муниципального образования в период 2003-2006 гг.	Формы статистической отчетности АМО с 2003-2006 гг;	аналитический, медико-статистический и математический
	Сделать прогнозы по основным группам заболеваний	Статистическая отчетность (МЕДСТАТ) по форме 12 за период 1992-2005 гг.	информационно-математическое моделирование
IV	Разработать комплекс организационных мероприятий по оптимизации сети лечебных учреждений городского муниципального образования с учетом показателей здоровья населения и имеющихся ресурсов и оценить результаты внедрения	обобщенные результаты исследования предыдущих этапов, формы статистической отчетности АМО 2006 - 2009гг, отчет о работе управления здравоохранения Ангарского муниципального образования 2009гг.	системный анализ, нормативный, поэтапное планирование, аналитический

Комплексный анализ показателей здоровья населения, организации и деятельности сети муниципальных лечебных учреждений г. Ангарска, приводимый в главе 3, описывает состояние ресурсов здравоохранения, сети лечебно-профилактических учреждений, кадры медицинских учреждений, коечный фонд медицинских учреждений и заболеваемость населения АМО.

Ангарск является крупным центром Иркутско-Черемховского промышленного района. Расположен в пятидесяти километрах от города Иркутска. Территория города четко разделена на зоны - промышленную, транспортную и селитебную. От промышленной зоны селитебная отделена двухкилометровой полосой леса, по которой проходит Транссибирская железнодорожная магистраль.

Промышленное производство занимает доминирующее положение в экономике АМО и во многом определяет уровень жизни его населения. Для промышленной базы АМО характерна невысокая степень диверсификации. Экономика муниципального образования в значительной мере зависима от предприятий обрабатывающей промышленности, которые в современной статистической классификации учитываются по позиции «производство кокса, нефтепродуктов и прочих материалов». Доля данной позиции в общем объеме отгруженных товаров, выполненных работ и услуг по всем видам деятельности (без учета малых предприятий) хотя и падает в последние годы, но все же достигала в 2006 году 70%. Доли каждой из остальных отраслей промышленности АМО не превышают 5%.

Предприятия, представляющие данные отрасли – ОАО «Ангарская нефтехимическая компания» (АНХК), ФГУП «Ангарский электролизный химический комбинат» (АЭХК), – осуществляют максимальный объем инвестиций в основной капитал и лидируют по доле налоговых отчислений в муниципальный бюджет. Таким образом, неблагоприятные изменения конъюнктуры на рынках этих отраслей могут негативным образом сказаться на объеме доходной базы муниципального образования и перспективах его экономического развития в целом. Большинство ведущих предприятий АМО ориентированы на удовлетворение потребностей рынков, расположенных за пределами Ангарска, а часто – и за пределами Иркутской области, так как объемы их производства и номенклатура производимой продукции количественно и качественно превышают уровень спроса со стороны местных потребителей.

Важнейший ресурс АМО – территориальная близость к областному центру, Иркутску, и городу Шелехову. Географическое положение АМО формирует потенциал для межмуниципального взаимодействия в рамках формирующейся городской агломерации. Существуют предпосылки для интеграции трех муниципальных образований в единое экономическое, транспортное, культурное и политическое пространство. Стратегия развития АМО предусматривает дальнейшую экономическую и социальную интеграцию Ангарска, Шелехова и Иркутска при условии удержания Ангарском специфической роли в складывающемся образовании.

В 2005 году город Ангарск был включен в Приоритетный список городов России с самым высоким уровнем загрязнения воздуха. Очень высокий уровень загрязнения был обусловлен концентрациями бензапирена (загрязняющее вещество 1-го класса опасности) и формальдегида (загрязняющее вещество 2-го класса опасности), среднегодовые концентрации которых превышали санитарные нормы в 4 раза (рис.1).

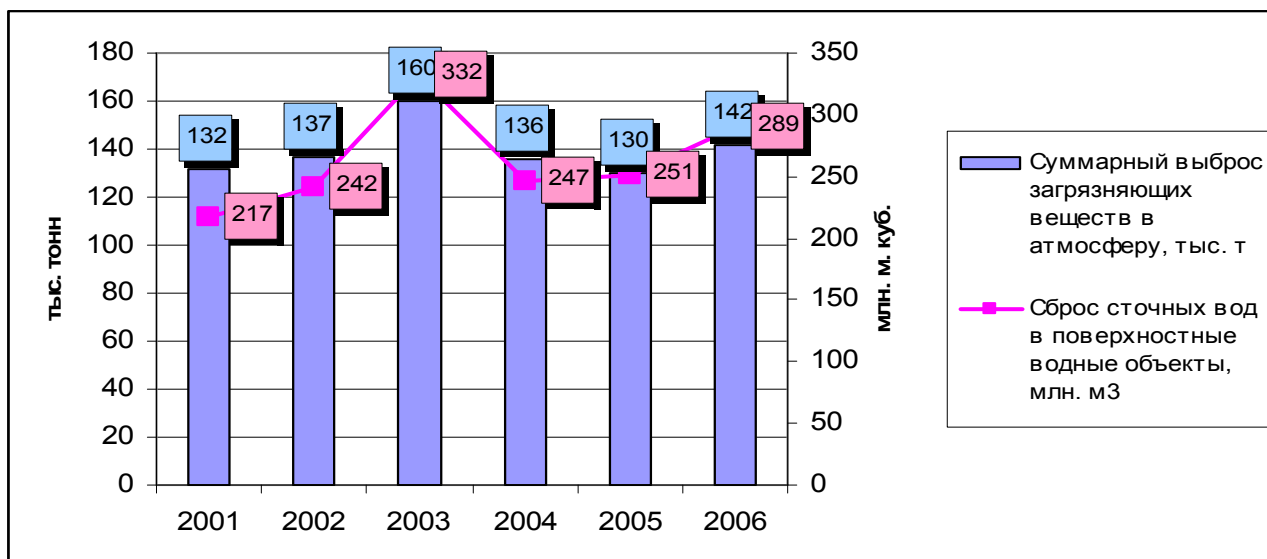


Рис. 1. Показатели загрязнения окружающей среды в АМО

Динамика численности населения АМО, как и в большинстве муниципальных образований РФ, начиная с 1992 года характеризуется естественной убылью за счет превышения смертности над рождаемостью. В структуре смертности населения отмечается высокий уровень смертности от управляемых причин – в основном от болезней системы кровообращения, несчастных случаев, отравлений, травм и онкологических заболеваний.

Общей проблемой большинства отраслей социального блока АМО является неудовлетворительное состояние материально-технической базы, высокий износ зданий и коммуникаций. Так, в сфере здравоохранения показатель обновления оборудования составляет 5,3% в год, износ оборудования по состоянию на 01.01.2006г. составил 53%.

В Ангарском муниципальном образовании работают медицинские учреждения муниципального, федерального, ведомственного подчинения. Всего на 01.01.05 на территории функционировало 19 медицинских учреждений. В связи с реализацией административной реформы по перераспределению полномочий различных уровней власти, число учреждений, находящихся в подчинении АМО, сократилось до 7. Также продолжали функционировать МСЧ-36 ОАО «АНХК» и ЦМСЧ-28 Федерального медико-биологического агентства. В структуре коечного фонда выделено 33 профиля, причем некоторые из них (терапия, хирургия, неврология) имеются во всех многопрофильных больницах.

Уровень обеспеченности круглогодичными койками в АМО в 2006 году был ниже средних по области в 2,4 раза, а койками дневного пребывания - в 1,7 раза. По сравнению с 2005 годом в АМО число детских нефрологических коек сократилось на 10 коек, а терапевтических и гематологических для взрослых соответственно на 5. На 10 коек уменьшилось и число гинекологических коек дневного пребывания. Вместе с тем, в АМО было увеличено число коек дневного пребывания для грудных детей (на 10 коек). Переподчинение коечного фонда и сокращение ряда взрослых профильных коек для взрослых привело к изменению структуры коечного фонда АМО. В 2006 году структура коечного фонда АМО по большинству профилей коек совпадала со средней величиной по области, при этом количество специализированных коек не

корреспондировалось с регистрируемыми уровнями общей и первичной заболеваемости населения.

Медико-санитарная часть № 36 (МСЧ-36) на 390 коек, структурное подразделение ОАО «АНХК», обслуживающее работников и пенсионеров ОАО «АНХК». Амбулаторно-поликлиническое подразделение указанного учреждения работает по цеховому принципу, не обслуживая пациентов на дому.

Центральная медико-санитарная часть № 28 (ЦМСЧ-28) на 620 коек, обслуживает работников АЭХК, жителей города - всего прикрепленного населения 37 тысяч, по некоторым видам помощи (офтальмологическая, отоларингологическая, плановая гинекологическая, дерматологическая) обслуживает все население города (табл.1).

Таблица 1.

Основные показатели ресурсов здравоохранения АМО

Наименование	Россия 2005 г	Область 2005г	АМО		
			2004	2005	2006
Всего учреждений	16009	330	19	19	7
В том числе стационаров	8859	220	5	5	5
Численность коечного фонда*	1394245	25564	2046	2046	1195
Средняя занятость койки (в днях)	318	341,6	335,5	336,6	338,8
Средняя длительность пребывания больного на койке (в днях)**	13,8	13,7	13,4	13,5	10,7
Летальность (в %)	1,39	1,4	1,6	1,5	1,9
Плановая мощность амбулаторно-поликлинических учреждений по числу посещений в смену на 1000 человек	22,9	21,9	17,3	15,5	14,8

*-резкое сокращение коечного фонда было связано с передачей полномочий по оказанию специализированной помощи на уровень субъекта Федерации.

**-длительность лечения сократилась из-за того, что лечение на специализированных койках более длительное, чем на муниципальных.

В период с 2003 по 2006 гг. обеспеченность врачами в Ангарском МО была ниже средней по области (на 25%). Ниже среднеобластных уровней она и по отдельным врачебным специальностям: терапевтов (14,3%), рентгенологов (37,5%), неврологов (18,2%), офтальмологов (в 2 раза), акушер-гинекологов (9,8%) и педиатров (2,7%).

Одной из значимых демографических характеристик АМО является относительно низкий показатель рождаемости. В 2006 году данный показатель

составлял 10,5 на 1000 населения и был ниже среднего уровня рождаемости по области на 11%, но был близок к среднему показателю по России (10,2‰). (табл.2).

Таблица 2.

Динамика базовых медико-демографических показателей АМО

Показатели	Россия 2005год	Область 2005 год	годы			
			2003	2004	2005	2006
1. Численность населения (тыс. чел.)						
Постоянное население	143474	2560,9	262,4	261,3	259,7	257,5
2. Естественное движение населения (на 1000 населения)						
Рождаемость	9,8	12,1	10,3	11,1	10,4	10,5
Смертность	16,3	17,0	15,3	14,6	15,8	14,2
Естественный прирост	-6,5	-4,9	-5,0	-3,5	-5,4	-3,7
Младенческая смертность	13,3	13,5	ПД	9,3	5,5	10,0
3. Динамика показателя смертности населения (на 10000 населения)						
от всех причин	1632,1	1687,8	1546,9	1461,3	1565,0	1422,5
В т.ч. от: некоторых инфекционных и паразитарных болезней	25,8	44,2	30,5	25,3	23,5	23,3
новообразований	203,2	180,3	221,0	208,2	205,2	194,2
болезней системы кровообращения	915,4	797,5	689,0	629,2	714,2	661,0
болезней органов дыхания	70,7	96,1	83,1	70,8	82,8	64,9
болезней органов пищеварения	52,8	78,3	76,6	62,8	75,1	54,8
внешних причин смерти, травм и отравлений	237,4	350,8	302,2	292,0	291,1	212,0
из них: от самоубийств	38,7	57,9	36,6	30,2	43,1	27,6
алкогольных отравлений	31,3	49,6	45,4	58,2	55,4	32,6

Показатель смертности в АМО оставался высоким. Рост показателя продолжался до 2005 года (15,8 ‰). В 2006 году смертность населения снизилась на 10,1% и составила 14,2 на 1000 населения. Показатель смертности был ниже среднего его размера по области и России в целом

Естественная убыль населения АМО в 2006г. составляла 3,7‰, и была существенно ниже ее размеров по области и Российской Федерации.

В структуре причин смерти населения АМО в 2006 году первое место занимали болезни системы кровообращения, второе место – внешние причины, включая травмы и отравления. К концу 2006 года смертность от этих причин снизилась по сравнению с 2005 годом соответственно на 7,4 и 27,4%. Смертность от инфекционных и паразитарных болезней была ниже, чем в области в 2,2 раза и была близка к значению среднего показателя по России. Мало отличался от российских и областных уровней показатель смертности от новообразований. .

Анализ показателей смертности и ее причин показал, что в условиях АМО существуют значительные резервы её снижения, за счет своевременного выявления, лечения и профилактики заболеваний в первичном звене здравоохранения.

Существуют проблемы с оказанием населению АМО экстренной медицинской помощи. Путь их решения лежит в сфере ликвидации разобщенности оказания экстренной медицинской помощи (по календарным дням, по профилям) между Больницей скорой медицинской помощи (БСМП) и городской больницей №1 (ГБ№1).

Анализ организации стационарной помощи в АМО выявил существенный дефицит коечного фонда. Наблюдается неравенство по объему и качеству оказания медицинской помощи, показателям развития системы здравоохранения в целом. Естественно, что специализация учреждений ЛПУ по видам помощи предопределяет и объем этой помощи, и результаты лечения. Так, БСМП оказывает экстренную многопрофильную помощь, что значительно повышает риск летальных исходов. ГБ№1 – оказывает, в основном, плановую помощь. При этом отдельные подразделения больницы расположены разобщенно в различных районах города, что затрудняет оказание комплекса специализированных медицинских услуг. При этом ряд подразделений ГБ №1 расположены в помещениях, переоборудованных для нужд больницы (бывшая городская школа, детский сад и т.д.), что, в частности, не позволяет развернуть на ее базе реанимационные койки и койки экстренной помощи. Отсутствуют единые подходы и стандарты в оказании медицинской помощи в АМО. На момент начала исследования в ГБ №1 был внедрен единственный стандарт - «Критерии госпитализации больных с пневмонией в стационары города для участковых врачей, бригад скорой медицинской помощи».

Все вышесказанное свидетельствовало о необходимости модернизации здравоохранения АМО, начиная с первичного звена.

В четвертой главе «Прогноз заболеваемости населения Ангарского муниципального образования (АМО) до 2012 года» на основании ретроспективного анализа и специальной методики составлен прогноз заболеваемости по нескольким наиболее часто встречающимся видам нозологий. При этом, учитывая относительную малочисленность населения АМО, для получения статистически достоверного результата были использованы данные о заболеваемости в Иркутской области в целом. Правомерность данного подхода предопределяется, во-первых, схожими возрастными и гендерными характеристиками АМО и Иркутской области (особенно в отношении трудоспособного населения). Также минимальны различия между АМО и Иркутской областью в структуре заболеваемости и общей смертности. Кроме того, наличие неблагоприятного экологического фона в виде различных промышленных

загрязнителей не является исключительной характеристикой АМО; значительная часть территории Иркутской области также подвержена воздействию аналогичных или схожих факторов. Прогноз строился на основании анализа статистической отчетности (МЕДСТАТ) по форме 12 по Иркутской области за период 1992-2005 гг. Использовались данные о числе впервые в жизни зарегистрированных случаях заболевания отдельными классами болезней. Отчетные формы в 1999 году несколько изменились, в связи с чем предварительно проводилась работа по унификации анализируемой информации в течение рассматриваемого периода. Заболеваемость рассчитывалась на 100000 населения, численность которого бралась по данным Росгосстата.

Согласно полученному прогнозу, заболеваемость новообразованиями будет увеличиваться возрастающими темпами. Наблюдаемые периодические подъемы стандартизованной смертности населения Иркутской области от новообразований (что не характерно для большинства других территорий РФ), вероятно, связаны с периодичностью интенсивности и состава вредных производственных выбросов.

В структуре заболеваемости населения Ангарска доля инфекционных и паразитарных болезней заметно больше, нежели в областной и общероссийской структуре. Однако, прогноз, полученный с помощью модели, представленной показательной функцией, предполагает в ближайшие годы стабилизацию данного показателя.

Болезни системы кровообращения занимают лидирующее положение в структуре смертности населения. Заболеваемость населения болезнями данного класса неуклонно возрастает как по всей стране, так в Иркутской области. Наш прогноз предполагает умеренный рост этого показателя в АМО, вполне сопоставимый с региональной и общероссийской тенденцией. Для изменения данного сценария недостаточно реформы здравоохранения; необходимы также изменение ценностных ориентиров населения, изменение привычного образа жизни большинства взрослого населения.

Динамика заболеваемости населения Иркутской области болезнями органов дыхания не предполагает резкого увеличения показателей, как и экстремальных взлетов в динамике смертности. Впрочем, данный прогноз справедлив только при соблюдении условий экологической стабильности города.

Стандартизованная смертность населения Иркутской области превышает среднероссийскую смертность от заболеваний органов пищеварения при схожей динамике, что заставляет предположить, что большее влияние на уровень этой смертности оказывают особенности питания, чем производственные выбросы.

Динамика смертности от болезней эндокринной системы, расстройств питания и нарушения обмена отлична от среднероссийского, а уровень смертности населения Иркутской области значительно превышает среднероссийский показатель. Повидимому, здесь опять сказывается экологическое неблагополучие территории, что подтверждают исследования Научно-исследовательского института медицины труда и экологии человека города Ангарска.

Уровень заболеваемости жителей Ангарска болезнями костно-мышечной системы и соединительной ткани, а также болезнями кожи и подкожной клетчатки более чем вдвое ниже, чем среднеобластная заболеваемость; прогноз не предполагает расширения распространения данной патологии.

Смертность женщин Иркутской области от осложнений беременности, родов и послеродового периода в последнее десятилетие стремительно снижается, как и во всей России. Прогноз предполагает, впрочем, замедление темпов снижения этих показателей и выход данной патологии на более высокое рейтинговое место.

Расчетные значения прогнозируемой заболеваемости населения Иркутской области и города Ангарска болезнями, вызванными травмами и отравлениями отмечают рост по данной нозологии (табл. 3).

Таблица 3.

Прогноз динамики заболеваемости населения города Ангарска основными классами болезней (на 100 тысяч населения) в 2012 году и фактическая заболеваемость в 2006г.

Классы болезней	Заболеваемость (2006 г.)	Прогнозируемая заболеваемость (2012г.)
Болезни органов дыхания	28573,5,5	29204,6
Травмы, отравления и другие внешние причины	7160,0	8383,5
Болезни нервной системы и органов чувств	4463,7	6384,7
Болезни мочеполовой системы	4634,9	5710,1
Инфекционные и паразитарные болезни	4532,3	4789,5
Болезни кожи и подкожной клетчатки	3883,5	3608,7
Болезни органов пищеварения	2399,2	2857,7
Болезни костно-мышечной системы	1342,5	1894,6
Осложнения беременности, родов и послеродового периода	1158,3	1842,8
Болезни эндокринной системы	1575,9	1556,1
Болезни системы кровообращения	897,1	1167,6
Новообразования	717,2	954,3
Психические расстройства	629,1	920,0
Симптомы, признаки и отклонения от нормы	386,4	445,7
Болезни крови и кроветворных органов	318,8	350,8
Врожденные аномалии развития	59,0	84,3

Таким образом, по полученным прогнозам заболеваемость населения Ангарска болезнями большинства классов будет продолжать расти. Осложнения беременности, родов и послеродового периода займут более высокое рейтинговое место в структуре заболеваемости населения.

В пятой главе «Комплекс организационных мероприятий по оптимизации сети лечебных учреждений городского муниципального образования с учетом показателей здоровья населения и имеющихся ресурсов» сформулирован комплекс организационных мероприятий, позволяющий рационально использовать ресурсы внутри и между звеньями, этапами и уровнями медицинской помощи для применения эффективных и наименее затратных решений с учетом меняющихся потребностей в медицинских услугах и развития клинической практики и технологий внутри лечебной сети.

Анализ показал, что в Ангарском муниципальном образовании возможна разработка нескольких наиболее вероятных сценариев развития системы здравоохранения АМО и, соответственно, разработка ряда версий перспективной модели оптимизации сети учреждений здравоохранения, крайними вариантами которой стали депрессивный и оптимистичный сценарии. Депрессивный сценарий предусматривает, что система муниципального здравоохранения не будет развиваться и модернизироваться и тогда в АМО требуется свернуть более 200 коек, не развивать специализированную помощь, ранее переданную в ведомственные службы и по-прежнему значительную часть средств ТФОМС отдавать ведомственным службам.

В настоящее время на муниципальное здравоохранение приходится лишь 38,0% от всех средств ТФОМС, на областные учреждения – 36,2% и 25,8% - на ведомственные учреждения. Таким образом, почти 2/3 средств ТФОМС расходуется не на развитие муниципального здравоохранения, а на содержание региональных и ведомственных учреждений.

Оптимистичный сценарий подразумевает развитие специализированной помощи в АМО, оптимизацию её и обоснованное развитие. Суть этого сценария подразумевает оптимизацию коечного фонда БСМП и городской больницы №1, развертывание в них специализированных отделений и оптимизацию числа стационарных детских и родильных коек. Такой подход к решению проблем муниципального здравоохранения предусматривает поэтапный отказ от использования ведомственных коек, а, следовательно, и их финансирования, с последующим вкладом этих финансовых средств в муниципальное здравоохранение.

Предложения:

- развитие специализированной помощи в АМО, оптимизация её и обоснованное развитие
- превращение БСМП в крупнейшую больницу города (увеличив число коек с 400 до 623 - койки круглосуточного содержания).
- одновременно представляется перспективным увеличение мощности больницы № 1 (с 260 до 377) за счет доведения мощности хирургического отделения до 70 коек, развертывания гинекологического отделения на 60 коек, а также отделений отоларингологии (38 коек) и офтальмологии (26 коек). Мощный блок хирургических профилей коек позволит сформировать круглосуточную анестезиолого-реанимационную службу.
- организация общей врачебной практики (ОВП) предусмотрена программой реструктуризации внебольничной службы. В разработанном нами сценарии использована модель, включающая двух врачей-специалистов - терапевта и

педиатра, которые отдельно для детского и взрослого населения оказывают помощь по расширенному перечню заболеваний хирургического, оториноларингологического, офтальмологического профиля. Акушер-гинеколог в данной модели не присутствует, а врач-стоматолог работает на правах совместителя.

-организация хосписа на 25 коек.

По итогам оптимизации лечебной сети г. Ангарска формируется модель первичного здравоохранения основанная на следующих принципах:

- первичная медико-санитарная помощь ориентирована на пациента/клиента;
- за пациентами сохраняется право выбора врача первичной медико-санитарной помощи;
- оказание медицинской помощи скоординировано и интегрировано для гарантии оптимального доступа к учреждениям для отдельных лиц и семей;

На конец 2009 года можно констатировать следующие изменения по модернизации лечебной сети муниципального образования г. Ангарска:

Начата оптимизация коечного фонда. В 2008 году проведено перераспределение стационарного коечного фонда за счет сокращения 30 коек дневного пребывания и увеличения круглосуточных коек на 70 в МУЗ БСМП и МУЗ «Городская больница №1», что позволило повысить доступность стационарной помощи и улучшить условия пребывания в стационарах. В 2008 году пересмотрен муниципальный заказ-задание на оказание экстренной кардиологической, гинекологической, хирургической и терапевтической помощи населения от ЦМСЧ-28 к МСЧ № 36. По итогам 2008 года отмечена сохраняющаяся перегруженность МУЗ БСМП. В связи с тем, что доступность медицинской помощи не соответствовало должному уровню из-за нехватки площадей, загруженности сопутствующих служб больницы и недостаточности средств решено провести перераспределение потоков госпитализации экстренных неврологических пациентов в МСЧ-36 и МСЧ-28. В то же время, в 2009 году было произведено увеличение на 30 коек круглосуточного пребывания, что позволило открыть на базе МУЗ «Больница скорой медицинской помощи» первичное сосудистое отделение для лечения больных с острым нарушением мозгового кровообращения. В целом, обеспеченность койками по городу Ангарску составляет 78,4 на 10000 населения, что значительно выше регионального и федерального показателей. Однако, в значительной мере это произошло это за счет коек лечебных учреждений других форм собственности, которые осуществляют медицинскую помощь населению по муниципальному заказу. (табл.4).

Таблица 4.

**Обеспеченность населения муниципальным коечным фондом
(на 10 тыс. населения)**

	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009г.
Всего коек	1195	1195	1235	1265
Из них коек дневного пребывания	160	150	120	120
Обеспеченность койками всего	46,4	46,7	47,8	49,9
Средняя длительность пребывания	10,7	9,9	10,2	10,0
Летальность	1,9	1,9	2,0	1,9
Мощность амбулаторно-поликлинических учреждений				
Число посещений в смену на 1000 населения	12,4	12,5	12,5	12,5

В период 2006-2009 гг. произошла коррекция потоков экстренной помощи в МУЗ БСМП, с перераспределением муниципального заказа на плановую медицинскую помощь в круглосуточные стационары МУЗ Городской Больницы № 1, ЦМСЧ-28, МСЧ-36». В ЦМСЧ-28 в среднем оказывается 70 % плановой круглосуточной стационарной помощи и 30 % — помощь экстренная. В МСЧ-36 экстренная круглосуточная стационарная помощь в среднем составила 60 % и 40 % — плановая. Таким образом, можно отметить, что перераспределение потоков за счет муниципального заказа позволяет нивелировать нехватку коек в муниципальном здравоохранении. Наряду с этим, существование медицинских учреждений различного подчинения приводит дублированию медицинских услуг населению.

По итогам 2009 года имеются следующие показатели здоровья:

На конец 2009 года, наблюдается уменьшение численности населения на 0,2%. За счет старения населения прослеживается тенденция уменьшения доли трудоспособного населения на 0,4% в год.

За 2009 год было зарегистрировано 3379 родившихся, это максимальное количество детей за последние 10 лет. Отмечается стабилизация естественного прироста населения в течение 2008 - 2009 гг.

Общий показатель смертности в течение последних лет остается стабильным, несмотря на рост заболеваемости и смертности по некоторым классам заболеваний, старение населения. В 2009 году произошел рост смертности по заболеваниям органов пищеварения за счет циррозов, развившихся после массового отравления суррогатами и алкоголя, по заболеваниям органов дыхания вследствие эпидемии гриппа и возникших осложнений.

По-прежнему, первое место в АМО занимает смертность от болезней системы кровообращения. Такая тенденция характерна как для Иркутской области, так и для всей территории России (табл.5)

Таблица 5.

Динамика показателей смертности населения (на 100 000 населения) от всех причин

	2006г.	2007г.	2008г.	2009 г
От некоторых инфекционных и паразитарных заболеваний	30,5	35,3	35,8	40,3
От новообразований	221,0	208,2	205,2	216,7
От болезней системы кровообращения	689,0	629,2	643,2	645,7
От болезней органов дыхания	81,3	70,8	82,8	73,8
От болезней органов пищеварения	76,6	62,8	60,5	66,3
От внешних причин смерти (травмы и отравления)	302,2	292,0	336,1	268,8

В течение 3 лет первое место в муниципальном образовании занимает смертность от болезней системы кровообращения, на втором месте смертность от внешних причин – травм, отравлений, на третьем – смертность от новообразований. Данные показатели и естественная убыль населения характерны для всей Иркутской области.

По большинству классов заболеваний отмечается рост заболеваемости, который приближается к показателям нашего прогноза. Структура заболеваемости за исследуемый период не изменилась

Отмечаемый рост заболеваемости, в значительной мере связан с проведением диспансеризации населения, улучшением регистрации и учета. С 2006 года дополнительную диспансеризацию на территории АМО прошли 24042 человека, что составляет более 30% работающего населения. Структура заболеваемости не изменилась. Однако, по большинству ведущих классов заболеваний, определенных на основании прогноза заболеваемости, показатели заболеваемости ниже прогнозируемых значений. Исключением стали новообразования, болезни органов дыхания, травмы и отравления, симптомы, признаки и отклонения от нормы и врожденные аномалии по которым отмечен некоторое превышение прогнозных значений. (табл.6).

Таблица 6.

Динамика заболеваемости населения (случаев на 100 000 населения)

Классы причин	2008 г.	2009 г.	Прогноз 2009 г	отклонение от прогнозного значения (%)
Инфекционные и паразитарные болезни	2147,4	2381,7	2736,5	-12,9
Новообразования	687,1	877,8	704,4	+24,6
Болезни системы кровообращения	1226,4	1267,2	1365,5	-7,7
Болезни органов дыхания	28161,9	31404,9	29204,6	+7,5
Болезни органов пищеварения	3049,1	3325,4	3457,7	-3,8%
Травмы и отравления	8034,6	9373,5	8383,5	+11,8
Болезни нервной системы и органов чувств	5463,7	6002,3	6181,6	-2,9
Болезни мочеполовой системы	5162,1	4988,2	5159,5	-3,3
Болезни кожи и подкожной клетчатки	3423,7	3489,4	3551,2	-1,7
Болезни костно-мышечной системы	1989,9	1536,2	1772,8	-13,3
Психические расстройства	731,6	881,2	885,3	-0,46
Болезни эндокринной системы	1279,2	1405,6	1421,4	-1,1
Симптомы, признаки и отклонения от нормы	357,8	391,1	368,0	+6,2
Болезни крови и кроветворных органов	318,8	310,7	320,8	-3,15
Врожденные аномалии развития	64,1	84,3	80,1	+5,2%

При этом следует особо отметить тот факт, что в этот же период времени в АМО отмечено увеличение валового объема выбросов вредных веществ в атмосферный воздух (рис 2).

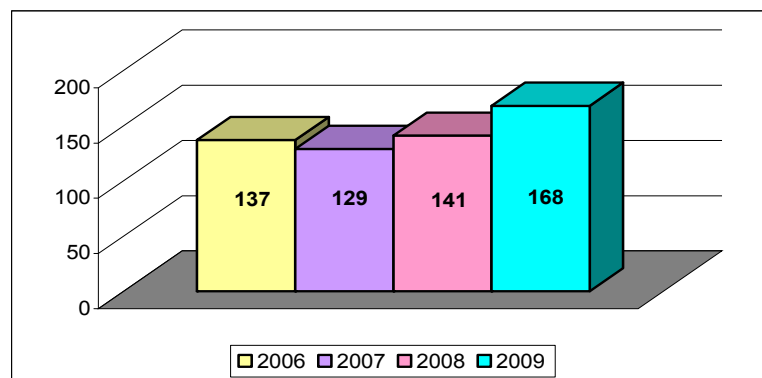


Рис. 2. Валовой объем выбросов загрязняющих веществ в атмосферу за период 2006-2009гг.,(тыс. тонн)

Наибольший «вклад» в валовой выброс загрязняющих веществ вносили предприятия теплоэнергетики, нефтеперерабатывающей промышленности.

К 2009 году численность медицинского персонала и обеспеченность медицинским персоналом увеличились в среднем на 17% (врачами на 19%, медицинскими сестрами на 16%), на территорию привлечено 24 врача. Показатель обеспеченности медицинским персоналом вырос также за счет персонала МСЧ-36, которая участвует в выполнении муниципального заказа по передаче экстренных дней по хирургической, терапевтической и неврологической службам.

Кадровое обеспечение в 2009 году снизилась за счет укомплектованности участковыми врачами, в основном, за счет трех причин: ухода на пенсию, в декретный отпуск, переобучения на другую специальность.

Приведенные данные показывают, что рекомендованный оптимистичный комплекс мероприятий по совершенствованию медицинской помощи городскому населению на муниципальном уровне не был внедрен в полном объеме, что не позволило достичь максимально возможного эффекта. В то же время, даже выполнение отдельных мероприятий привело к перераспределению потоков пациентов, повысило доступность оказания отдельных видов медицинской помощи, улучшило бытовые условия пребывания больных в стационаре. Учитывая, что динамика отдельных показателей здоровья населения АМО совпадает, в основном, с нашим прогнозом, можно констатировать сохранение потребности в реорганизации сети ЛПУ АМО и ее модернизации.

ВЫВОДЫ

1. Муниципальный уровень оказания медицинской помощи является наиболее емким по объему проводимых лечебно-диагностических и профилактических мероприятий. В результате реформы отечественного здравоохранения на территории одного муниципального образования возможно функционирование медицинских учреждений различной подчиненности и источников финансирования. Недостаточное правовое и организационное обеспечение взаимодействия этих учреждений является одним из факторов, препятствующих повышению качества и доступности медицинской помощи населению на муниципальном уровне. Одним из путей решения проблем муниципальной системы здравоохранения может стать изменение федерального законодательства с возложением обязанности на субъекты РФ по организации и финансированию медицинской помощи, заложенной в программы государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи, а не только специализированной, как в действующем законодательстве.

2. Отличительными особенностями характеристики здоровья населения АМО являются:

- преобладание (92%) в структуре болезней органов дыхания, беременности, родов и послеродового периода, несчастные случаи, отравления и травмы, заболевания мочеполовой системы, органов пищеварения, костно-мышечной системы и онкологических заболеваний.

- увеличение общей и первичной заболеваемости происходит в основном за счет известных ранее заболеваний ишемической болезнью, а также, болезней, связанных с повышенным кровяным давлением.

- высокий процент запущенных форм рака, с ростом его визуальных форм - кожи, губы, легких, шейки матки.

- в структуре причин смерти населения АМО в 2006 году первое место занимали болезни системы кровообращения, второе место – внешние причины, включая травмы и отравления.

3. Необходимость совершенствования здравоохранения Ангарского муниципального образования во многом диктуется объективными процессами – расширением потребностей населения в медицинской помощи, растущим использованием новых, эффективных лечебно-диагностических технологий, высокой заболеваемостью населения (125427,8 на 100 тыс. населения), повышением удельного веса пожилых категорий населения, растущей стоимостью медицинских услуг при ограниченности финансовых и материальных ресурсов, которыми располагает система здравоохранения, недостаточной укомплектованностью врачами-специалистами первичного звена (46,5 % участковых терапевтов).

4. Результаты прогноза состояния здоровья населения АМО позволяют выделить наиболее значимые проблемы, которые определяют изменение потребности в отдельных видах медицинской помощи:

- в комплексных и интегрированных услугах, в первую очередь медико-социальной помощи, перепрофилировании коечного фонда;

- в профилактических мероприятиях, повышении их качества и изменении методологии работы;

- в первичной медицинской помощи, особенно детскому населению;

- в онкологической помощи, в том числе в системе помощи инкурабельным больным, создании хосписа;

- в консультативной и лечебной помощи по вопросам сохранения репродуктивного здоровья женщин и родовспоможению;

Это служит основанием для коррекции тактики развития сети учреждений здравоохранения и ее оптимизации в соответствии с истинными потребностями населения в отдельных видах медицинской помощи.

5. На основе проведенных исследований было предложено 2 основных комплекса мероприятий по оптимизации сети муниципальных учреждений здравоохранения в промышленном городе. Однако не все предложения были реализованы. Руководителями управления здравоохранения администрации муниципального образования г.Ангарска был выбран промежуточный вариант, учитывающий социальные, демографические, экологические и финансовые условия муниципалитета, что дало возможность увеличить коечный фонд в 2008 году на 3,3% и в 2009 году на 2,4% за счет круглосуточных коек.

6. Оптимизация сети муниципальных учреждений здравоохранения г. Ангарска позволила увеличить доступность медицинской помощи. В ходе анализа отмечено, что по большинству ведущих классов заболеваний показатели ниже прогнозируемых значений. Так по инфекционным и паразитарным болезням ниже на 12,9%, болезням системы кровообращения на 7,7%, болезням органов пищеварения на 3,8%, болезням нервной системы и органов чувств на 2,9%, болезням мочеполовой системы 3,3%, болезням кожи и подкожной клетчатки на 1,7%, болезням костно-мышечной системы 13,3%, болезням крови и кроветворных органов 3,15%. Исключением стали новообразования, болезни органов дыхания, травмы и отравления, симптомы, признаки и отклонения от нормы и врожденные аномалии по которым отмечен некоторое превышение прогнозных значений.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Использовать предложенные подходы к определению состояния системы здравоохранения для повышения обоснованности и оперативности принимаемых управленческих решений на муниципальном уровне управления и обеспечения снижения внешнего и внутреннего воздействия негативных факторов в системе здравоохранения промышленных городов.

2. Продолжить оптимизацию сети медицинских учреждений с целью удовлетворения потребности населения в лечении и профилактике наиболее значимых групп заболеваний, что позволит сократить необоснованные расходы на содержание невостребованных видов медицинской помощи, а также, своевременно планировать и проводить подготовку и переподготовку медицинских кадров с учетом планируемых изменений.

3. Разработка плана по оптимизация сети медицинских учреждений промышленных городов должна прогнозироваться не только на основании динамики официальных показателей здоровья, но и на данных социальных, демографических и экологических исследований.

Публикации по теме диссертации

1. Котова Е.А. Оптимизация медицинской помощи жителям моногородов (на примере Ангарского муниципального образования)// Котова Е.А., Пучков К.Г. , Сон И.М., Сасина М.С.//«Социальные аспекты здоровья населения» [электронное издание]. -2010.- №2(14). URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/198/30/>
2. Конкина Е.А.Состояние системы здравоохранения (на примере Ангарского муниципального образования Иркутской области) / Конкина Е.А., Короткова А.В., // Новые технологии в современном здравоохранении/ сборник научных трудов.-М., ЦНИИОИЗ.2008. С. 245-251
3. Котова Е.А. Совершенствование управления человеческими ресурсами как императив учреждения / Гусева С.Л, Котова Е.А.// Организационные основы кадровой политики в здравоохранении Российской Федерации/ сборник научных трудов.-М., ЦНИИОИЗ.2010. С.30-40
4. Котова Е.А. Кадровые проблемы муниципального здравоохранения (на примере Шатурского района Московской области)/ Захарова А.Б., Котова Е.А.// Организационные основы кадровой политики в здравоохранении Российской Федерации/ сборник научных трудов.-М., ЦНИИОИЗ.2010. С.70-75

Отпечатано в типографии РИО ФГУ «ЦНИИОИЗ Росздрава»
127254, г.Москва, ул. Добролюбова, д.11

Подписано в печать 20.10.2010
Тираж 100 экз. Формат 60x82/16
Заказ 18/10 -10

