МУНИЦИПАЛЬНОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ – ПОСЛЕДСТВИЯ ТРАНСФОРМАЦИИ

Блохин А.Б.

Муниципальный сектор здравоохранения занимал, занимает и, по всей вероятности в обозримом будущем, будет занимать ведущую позицию в организации медицинской помощи населению. В муниципальном секторе закладываются основы профилактики и первого контакта пациента с врачом.

93-95% населения региона, а в отдельных территориях этот процент может быть выше, получают медицинскую помощь в муниципальном секторе, а далее специализированную, в том числе и высокотехнологическую в государственных – областных и федеральных учреждениях здравоохранения. Диапазон объема оказания медицинской помощи в муниципальном секторе зависит от инфраструктуры здравоохранения, чем он выше в муниципальных медицинских организациях, тем меньше востребованность в отдельных видах специализированной медицинской помощи в региональных учреждениях здравоохранения. Инновационные процессы в организации медицинской помощи населению в муниципальном секторе увеличивают ее доступность и создают объективные предпосылки для повышения качества медицинской помощи.

Несмотря на реализацию Национальных проектов, муниципальный сектор здравоохранения и в первую очередь система первичной медико-санитарной помощи не претерпела позитивных изменений, а приобрела некую стагнацию с вектором ухудшения ситуации. Причинные факторы находятся не только в совершенствовании законодательной базы, но и в отсутствии стратегии развития здравоохранения. Происходящие изменения в российском здравоохранении, в меньшей степени соответствуют понятию «реформа», а в большей термину «трансформация», под которой понимается «преобразование структур, форм и способов экономической деятельности, изменение целевой направленности»*

Основной тезис, который сопровождает трансформации здравоохранения в последние десятилетия – это избыточное количество медицинских учреждений, коек и необходимость их сокращения.

* Современный экономический словарь. Под редакцией Б.А. Райзберга. М., Инфра-М, 1997

Упорядочение сети и мощности муниципальных медицинских учреждений не вызывало сомнения, но по всей вероятности пора остановиться и оценить влияние уже проведенных изменений на организацию медицинской помощи населению. Поспешность их осуществлений в муниципальном секторе не только вступает в противоречие с научным подходом, но противоречит элементарной логике и здравому смыслу. Классика изменений предусматривает их пошаговое осмысливание, внесение корректив после каждого шага и лишь после уверенности в том, что изменения оказывают позитивное влияние, можно двигаться дальше. Происходящие же изменения дистанцируются от населения, местного сообщества, в интересах которого функционирует медицинское учреждение, при этом основным критерием выступает весьма сомнительная экономическая целесообразность. Реформа проводится в интересах общества, а не только в интересах здравоохранения.

Наиболее проблемной зоной продолжает оставаться система первичной медико-санитарной помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях сформированная на принципах участково-территориальной службы.

В Свердловской области муниципальные образования были типологически ранжированы по численности населения и медицинским технологиям. В малых муниципальных образованиях (до 49,9 тыс. человек)[†] проживает 1725888 чел. или 38,4% населения области, в средних муниципальных образованиях (от 50,0 до 99,9 тыс. человек) проживает 673986еловек или 15,4%, в крупных муниципальных образованиях (свыше 100,0 тыс. человек) проживает 564490 человек или 13,1%, в административном центре области – 1429433 человека или 33,1%.

В малых муниципальных образованиях в поликлиниках и стационарах сохранена система первичной медико-санитарной помощи по базовым специальностям: терапии, хирургии, акушерству и гинекологии, педиатрии и инфекционным заболеваниям. В поликлиническом секторе сохраняются отдельные виды специализированной медицинской помощи, преимущественно это врачи старших возрастных групп.

В средних муниципальных образованиях в стационарном секторе помимо первичной медико-санитарной помощи по базовым медицинским специальностям, в отдельных центральных городских (районных) больницах сохраняются специализированные отделения (травматологические, кардиологические, неврологические).

[†] СНиП 2.07.01.89 «Градостроительство. Планировка и застройка городских и сельских поселений» М., 2011

В крупных муниципальных образованиях помимо первичной медико-санитарной помощи сохраняются специализированная медицинская помощь в поликлиническом и стационарном секторе.

В административном центре области г. Екатеринбурге на базе многопрофильных больниц государственного (областного) уровня и муниципальных, сохранятся центры специализированной медицинской помощи регионального и межрегионального уровня.

Аналогичная ситуация, связанная с реструктуризацией муниципального сектора, наблюдается и в других субъектах Федерации Уральского региона.

В административном центре области г. Екатеринбурге средняя численность населения на терапевтическом участке составляет ≈ 3900 человек, при укомплектованности врачами (физические лица) 2,51 на 10,0 тыс. населения. В отдаленных микрорайонах города организовано 12 общеврачебных практик. В крупных городах, при расчете на 1 терапевтический участок численность населения составляет 6400 человек, при укомплектовании (физическими лицами) – 1,54 на 10,0 тысяч населения, в практическом аспекте численность превышает 2000 чел. при укомплектовании вакантных должностей фельдшерами. Функционирует также 17 общеврачебных практик.

В средних городах ситуация более позитивная, средняя численность населения на терапевтическом участке составляет 2300 человек, при обеспеченности врачами в амбулаторно-поликлиническом секторе 4,27 на 10,0 тысяч населения. При этом 33 общеврачебных практик укомплектованы врачами и средним медицинским персоналом.

В малых муниципальных образованиях, в том числе и территориям сельскохозяйственного типа, организация медицинской помощи представлена доврачебной на фельдшерских фельдшерско-акушерских пунктах, врачебных амбулаториях, при этом все 171 амбулатория укомплектованы врачами общеврачебной практики и средним медицинским персоналом. Общая численность врачей терапевтов и врачей общемедицинской практики при обеспеченности на 10,0 тысяч населения составляет 1,68.

Снижение доступности населения в малых муниципальных образованиях и ограниченная доступность в средних муниципальных образованиях, здравоохранение пытаются разрешить за счет организации межмуниципальных центров

специализированной медицинской помощи (таблица 1). Следует отметить, что ранее в здравоохранении использовались различные варианты 2-х уровневой, 3-х уровневой, 4-х уровневой и окружной системы организации специализированной медицинской помощи. Наиболее оптимальным с медицинских и экономических позиций считается 3-х уровневая система организации специализированной медицинской помощи. При организации центров учитывается не только комплекс факторов, позволяющих приблизить специализированную медицинскую помощь, но и компактность проживания, социально-бытовые связи населения. Инфраструктура центра, как в поликлиническом секторе – консультативно-диагностическая, так и стационарная специализированная, рассчитывается с учетом демографической ситуации и заболеваемости населения муниципальных образований в сфере его деятельности.

Таблица 1

Ранжирование муниципальных образований Свердловской области по численности населения и медицинским технологиям

Муниципальные образования Свердловской области	Численность населения в муниципальных образованиях	Удельный вес в общей численности населения области (%)	Медицинские технологии	Межмуниципальные центры специализированной медицинской помощи мгдпцпнгют
Малые муниципальные образования (до 49,9 тыс.чел.)	1 725 888 чел.	38,4	Система первичной медико-санитарной помощи. В поликлиническом секторе единичные виды специализированной мед. помощи.	3 Радиус обслуживания 86,6км‡
Средние муниципальные образования (от 50,0 до 99,9 тыс.чел)	673 986 чел.	15,4	В стационарном секторе единичные виды специализированной медицинской помощи (травматологическая, кардиологическая, неврологическая). В поликлиническом секторе расширяются виды специализи-рованной медицинской помощи	3 Радиус обслуживания 67,9 км
Крупные муниципальные образования (свыше 100 тыс. чел.)	564490	13,1	Первичная и специализированная медицинская помощь в поликлиническом и стационарном секторе	4 Радиус обслуживания 90,5 км
г. Екатеринбург	1429433	33,1	В г Екатеринбург – высокотехнологичные виды специализиро-ванной медицинской помощи.	Межрегиональные и региональные центры специализированной медицинской помощи

‡ Указано расстояние между муниципальным центром и центром административных территорий в сфере их деятельности

Организованные на базе многопрофильных больниц муниципального уровня межмуниципальные центры сохраняют поликлиническую и стационарную инфраструктуру, ориентированную на оказание специализированной медицинской помощи населению муниципального образования. Вместе с тем, их инфраструктура нуждается в корректировке с учетом численности и здоровья населения в сфере их деятельности, с обеспечением врачебным персоналом и медико-технологическим оснащением.

Принципиальным вопросом остается физическая доступность для населения в сфере деятельности межмуниципального центра. Климато-географические условия, состояние дорог, транспортная доступность, имеется ввиду регулярное автотранспортное сообщение, служат определенным фактором доступности.

Понятие «транспортная доступность» находит подтверждение и в статье 10 п. 7 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»: «транспортной доступностью медицинских организаций для всех групп населения, в том числе инвалидов и других групп населения с ограниченными возможностями передвижения».

Для субъектов Российской Федерации на Урале, Западной и Восточной Сибири, Дальнего Востока, с их территориальной пространственностью, транспортная доступность населения в получении медицинской помощи приобретает особую значимость.

На фоне заболеваемости населения, наиболее контрастно обращает на себя внимание полярность в уровнях заболеваемости между муниципальными образованиями региона. Подобные отличия характерны и между субъектами Федерации, но эти факторы можно объяснить в какой- то степени медико-географическими и другими особенностями субъекта. О. В. Щепин и Е.А. Тишук по основным медико-демографическим показателям выделяют 4 группы регионов России[§]. В результате проведенной ими типологии было установлено наличие выраженной дифференциации между регионами страны по характеру протекания демографических изменений и превалировании территориальных преобразований с явно

[§] Щепин В.О., Тишук Е.А. Аналитический обзор региональных особенностей здоровья населения России. Часть 1. Часть 2. // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. -2006.- № 1. № 2.

неблагоприятной направленностью и взаимосвязью этих тенденций с уровнем развития здравоохранения.

Муниципальный уровень Свердловской области также неоднороден по своему характеру и включает крупные, средние, малые города и сельские поселения, которые отличаются демографической структурой и плотностью расселения населения, физической пространственностью, размещением производств, состоянием автодорог, инфраструктурой здравоохранения, социально экономическим развитием территории.

Исследование медико-демографической ситуации призвано объяснить основные закономерности и механизм взаимодействия различных причин на уровни заболеваемости, смертности и процессы воспроизводства, соотношение и взаимосвязь их между собой и в конечном итоге выявить имеющиеся резервы в улучшении здоровья населения, а также определить дифференцированные подходы в управлении, планировании и прогнозировании развития общества[**]. С целью изучения влияния трансформации в муниципальном секторе здравоохранения, доступности специализированной медицинской помощи, в Свердловской области был проведен мониторинг заболеваемости сердечно-сосудистыми, онкологическими заболеваниями, болезнями глаз и его придаточного аппарата в муниципальных образованиях

Заболеваемость сердечно-сосудистыми болезнями (БСК) в Свердловской области носит достаточно стабильный характер, что в целом совпадает с таковой по Российской Федерации. Вместе с тем, за средними по области показателями скрывалась значительная их вариобильность по муниципальным образованиям. При ранжировании муниципальных образований по величине общей заболеваемости БСК различия достигали в 2006г. – 8,3 раз и в 2011г. – 17,1 раз; по величине первичной заболеваемости – 66,1 раз и 10,7 раз соответственно. Было установлено, что за исследуемый период, ситуация оставалась достаточно стабильной, и количество территорий, входящих в первую группу с относительно невысоким уровнем БСК, увеличилось с 35,9% до 37,5%, а относящихся к группе с наивысшей заболеваемостью (более 300 на 1000 человек) уменьшилось с 14,1 до 9,4%. Аналогична ситуация наблюдалась и по первичной заболеваемости (таблицы 2, 3).

[**] Бедный М.С. Демографические процессы и здоровье населения / Общественные науки и здравоохранение. М., Наука., 1987

Таблица 2

Типология муниципальных образований Свердловской области по уровню общей заболеваемости болезнями системы кровообращения, 2006-2011 гг. (на 1000 человек)

Типологические группы	2006 г.		2008 г.		2011 г.	
	абс.знач.	%	абс.знач.	%	абс.знач.	%
до 150,0	23	35,9	24	37,5	24	37,5
150,0– 300,0	32	50,0	34	53,1	34	53,1
более 300,0	9	14,1	6	9,4	6	9,4
Всего	64	100,0	64	100,0	64	100,0

Таблица 3

Типология муниципальных образований Свердловской области по уровню первичной заболеваемости болезнями системы кровообращения, 2006-2011 гг. (на 1000 человек)

Типологические группы	2006 г.		2008 г.		2011 г.	
	абс.знач.	%	абс.знач.	%	абс.знач.	%
до 20,0	23	35,9	20	31,3	20	31,3
20,0– 40,0	26	40,6	37	57,8	36	56,3
более 40,0	15	24,5	7	10,9	8	12,4
Всего	64	100,0	64	100,0	64	100,0

Сравнительный анализ по заболеваемости и смертности от злокачественных новообразований (ЗН) показал выраженные отличия в уровнях заболеваемости, достигавшие в 2004г. – 2,4 раза (от 223,7 до 528,7 на 100,0 тыс. человек), а в 2008г. – 3,4 раза (от 171,1 до 580,0). Смертность вследствие ЗН также показала высокую степень дифференциации территориальных образований, в 2004г. отличия составляли 3,3 раза (от 153,5 до 509,6) на 100,0 тыс. населения.

Классификация муниципальных образований по уровню онкологической заболеваемости была проведена по 3 группам: 1) до 300 на 100,0 тыс. населения; 2) от 300 – 399; 3) 400,0 и более на 100,0 тыс. населения. За период с 2004 по 2008гг. произошло 2-х кратное увеличение доли территории третьей типологической группы с 7,0 до 15,8 %, при сокращении первых двух, что свидетельствовало о явном ухудшении эпидемиологической ситуации в области.

Что же касается результатов классификации муниципальных образований по показателю смертности от ЗН, то в течение рассматриваемого пятилетнего интервала, наоборот, отмечалось сокращение с 10,5% до 5,2% доли муниципальных образований с наиболее высоким уровнем исследуемого показателя (300 и более на 100,0 тыс. человек), при этом происходило увеличение удельного веса первой типологической группы (до 200 на 100,0 тыс. населения) – с 26,3% до 38,6%.

Сравнительный анализ по уровням первичной и общей заболеваемости болезнями глаз и его придаточного аппарата проводился по 62 муниципальным образованиям Свердловской области. Различия между муниципальными образованиями по общей заболеваемости болезнями глаз и его придаточного аппарата в 2000г. составлял 10,5 раз, в 2006г. – 10,2 раз и 2011г. – 17,5 раз. В течение 12-летнего периода величина этих различий не только не сократилась, но и значительно возросла. Аналогичный анализ по первичной заболеваемости, также выявил высокую степень дифференциации между муниципальными образованиями, так в 2000г. различия достигали 24,7 раз, 2006г. – 13,5 раз и в 2011г. – 99,0 раз. Согласно полученным данным отмечается интенсификация по нарастанию межмуниципальных различий, на общем фоне ухудшения эпидемиологической ситуации по болезням глаз и его придаточного аппарата (таблица 4).

Таблица 4

Типология муниципальных образований Свердловской области по уровню первичной заболеваемости всего населения болезнями глаза и его придаточного аппарата, 2000-2011 гг. (на 1000 человек)

Типологические группы	2000 г.		2005 г.		2011 г.	
	абс.знач.	%	абс.знач.	%	абс.знач.	%
до 20,0	27	43,5	25	40,3	16	25,8
20,0– 50,0	24	38,7	25	40,3	29	46,8
более 50,0	11	17,8	12	19,4	17	27,4
Всего	62	100,0	62	100,0	62	100,0

Таким образом, ранжирование и группировка муниципальных образований позволила с высокой степенью достоверности провести сравнительный анализ и установить ряд закономерностей.

При этом, следует отметить, что укомплектованность участково-территориальной службы врачами терапевтами и педиатрами, в малых и средних муниципальных образованиях составляет менее 50%. В 24,6% территорий врачи онкологи отсутствовали, в 68,4% территорий обеспеченность ими составляла 0,08-0,46 и только в крупных городах, где расположены онкологические диспансеры, она была 0,7-1,3 на 10000 человек. Было установлено, что существует прямая зависимость между обеспеченностью врачами-онкологами и уровнем заболеваемости ЗН и обратная с уровнем онкологической смертности и одногодичной летальности после постановки соответствующего диагноза.

Обеспеченность населения Свердловской области врачами-кардиологами оставалась стабильной 0,6 на 10000 человек, а удельный вес специалистов высшей квалификационной категории увеличился с 39,0 до 46,0%. При этом сохраняется высокая концентрация ресурсов кардиологической службы в крупных городах, а в 71,9% муниципальных образований отсутствуют врачи-кардиологи.

Аналогичная ситуация и по обеспечению врачами-офтальмологами, которые сосредоточены преимущественно в средних и крупных муниципальных образованиях, при этом в 54% территорий врачи- офтальмологи отсутствуют.

Среди факторов, влияющих на качество профилактики, диагностики и лечения, принято считать, что ведущим является укомплектованность врачебным персоналом, что находит подтверждение в наших исследованиях.

Сокращение сети, мощности, закрытие профильных специализированных отделений в медицинских учреждениях малых и средних муниципальных образованиях проводилось в равной степени, как в сельских территориях, так и в городах промышленного типа. При этом реструктуризация муниципального сектора здравоохранения оказало влияние на снижение численности врачебного персонала в малых и средних муниципальных образованиях и концентрации в административном центре области. Мотивации при этом могут быть различные, но по данным социологического опроса превалирует материально-бытовое обеспечение.

Тем не менее, концентрировать внимание только на критериях укомплектованности было бы не вполне корректно. По всей вероятности проблему целесообразно рассматривать с позиций организационно-управленческого характера.

Одной из причин является чрезмерная централизация и концентрация властных полномочий на уровне субъекта Федерации, которая исключило местное самоуправление из организационно-управленческих решений по муниципальному сектору здравоохранения. Местному самоуправлению представлена возможность только констатировать изменения в системе организации медицинской помощи, но влиять на эти процессы никоим образом оно не может, так как не располагает властными полномочиями. Медицинские организации, функционирующие в муниципальном образовании, оказались в общественной изоляции. Они функционируют в социуме, но этот социум не оказывает обратного воздействия на организацию и качество оказания медицинской помощи. Местное сообщество,

рассматривается только как потребитель медицинской помощи, но никак не соучастник этого процесса.

Вторым не менее важным компонентом является качество управления муниципальным здравоохранением. Каждое медицинское учреждение является самостоятельным субъектом и подчиняется непосредственно региональному органу управления здравоохранением, при этом снижается не только эффективность управления, но и технологическая система организации медицинской помощи в муниципальном секторе. Усложнился процесс подбора квалифицированных управленческих кадров, а частая их смена снижает престижность профессии. При этом отсутствие стратегии реформирования здравоохранения, внушает чувство неуверенности в завтрашнем дне не только администрации медицинской организации, но и врачебного сообщества. Медицинские организации ориентируются только на текущее планирование, а это в целом влияет на стратегию профилактики и управление здоровьем населения.

Третьим аргументом является программа государственных гарантий по обеспечению населения бесплатной медицинской помощью. В том виде, как она трактуется на региональном и муниципальном уровне, она ориентирована на вал, т.е. объемы оказания медицинской помощи. Выполнение объемов гарантирует доходную часть бюджета медицинского учреждения, а это обеспечивает относительную финансовую устойчивость. Если просмотреть далее по вертикали, то программа государственных гарантий практически касается каждого врача и его финансовое благополучие зависит от объемов оказания медицинской помощи и в меньшей степени от качественных параметров. Стимулирующие формы оплаты труда присутствуют, но они недостаточно объективны по оценке качественных критериев деятельности медицинского персонала.

Медицинское сообщество вправе располагать информацией о предстоящих изменениях в здравоохранении, оно должно ориентироваться не только на настоящий момент времени, это день прошедший, но знать что будет завтра. Оно принимает весь негатив со стороны населения, оно отвечает за здоровье людей и оно вправе быть не сторонним наблюдателем, а участником этих процессов.