МУНИЦИПАЛЬНОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ, ТРАНСФОРМАЦИЯ И ПРОБЛЕМЫ РАЗВИТИЯ

Блохин А.Б.

Государственное бюджетное образовательное учреждение дополнительного профессионального образования НПЦ «Уралмедсоцэкономпроблем»

Муниципальное здравоохранение представляет фундаментальную основу национальных систем здравоохранений. В сегменте здравоохранения Свердловской области объемы оказания медицинской помощи достигают 95%, далее государственный сектор – областные лечебно-профилактические учреждения и крайне ограничено на уровне федеральных учреждений здравоохранения. В целом, объемы оказания медицинской помощи в муниципальном секторе здравоохранения зависят от инфраструктуры здравоохранения.

Ранее методологическая база планирования сети, в том числе и профильного коечного фонда, базировалась на медико-географических, социально-экономических факторах, численности, структуре и заболеваемости населения. Так Свердловская область входила в Уральский экономический регион, и нормативные критерии развития сети и структуры лечебно-профилактических учреждений рекомендовались для региона, но при этом учитывалась и краевая патология. В данном случае под регионом подразумеваются субъекты Российской Федерации, объединенные географическим и экономическим пространством.

Даже в законе РСФСР «О здравоохранении» указывалось: «развитие сети учреждений здравоохранения и их размещение должны осуществляться, исходя из установленных нормативов медицинской помощи населению и с учетом экономических, географических и других особенностей районов РСФСР».

Уральский регион объединял 2 республики 5 областей с населением свыше 21,0 млн. человек, с развитой инфраструктурой здравоохранения. С позиций организации здравоохранения это был наиболее оптимальный подход, который дифференцировал влияние внешних факторов на развитие сети и структуру лечебно-профилактических учреждений.

Последующие трансформации были преимущественно направлены на муниципальный сектор здравоохранения, который представлял своего рода «прокрустово ложе». В меньшей степени эти изменения коснулись государственного

сектора здравоохранения и были направлены преимущественно на повышение эффективности использования ресурсного потенциала лечебно-профилактических учреждений.

Закон Российской Федерации «Об общих принципах организации местного самоуправления» относит к муниципальному сектору здравоохранения: «первичную медико-санитарную помощь в амбулаторно-поликлинических, стационарно-поликлинических и больничных учреждениях скорую медицинскую помощь, медицинскую помощь женщинам в период беременности, во время и после родов».

При этом нужно иметь ввиду, что городские поселения в Российской Федерации преимущественно представлены малыми городами (до 50,0 тыс. человек), и в структуре городов они составляют 68,4%, средние города (50,0 – 99,0 тыс. человек) составляют 11,8%, большие города с населением свыше 100,0 тыс. человек, в том числе города свыше 1,0 млн. человек, составляют 15,9%, но при этом в них проживает свыше 73,0% населения.

Даже в пределах области муниципальные образования типологически различаются по социально-экономическим признакам, характеру производств, расселением населения и транспортной доступностью. В Свердловской области сформировалось технологическая система, которая характеризуется следующими технологическими признаками: в муниципальных образованиях с численностью населения до 50,0 тыс. человек функционирует система стационарной первичной медико-санитарной помощи по базовым медицинским специальностям – терапии, хирургии, акушерству и гинекологии, педиатрии и инфекционным заболеваниям и отдельные виды поликлинической специализированной медицинской помощи. В муниципальных образованиях с численностью населения от 50,0 до 100,0 тыс. человек присутствуют в стационарном секторе отдельные виды специализированной медицинской помощи – травматологические, кардиологические и другие профильные отделения, значительно расширяется поликлинический сектор по специализированным видам медицинской помощи.

В муниципальных образованиях с населением свыше 100,0 тыс. человек организованы профильные специализированные отделения в многопрофильных больницах, значительные объемы специализированной медицинской помощи оказываются и на поликлиническом уровне.

Особое место занимает административный центр области – муниципальное образование город Екатеринбург, с населением свыше 1,0 млн. человек, где на базе многопрофильных клинических больниц функционируют отделения, центры областного и межрегионального уровня по оказанию специализированной медицинской помощи населению.

Почему муниципальный сектор здравоохранения стал полигоном для трансформации?! Избыточность коечного фонда в муниципальном секторе здравоохранения не вызывала сомнений и, в частности, в здравоохранении Свердловской области еще в 1990 г. прошлого столетия началось планомерное сокращение коечного фонда. При этом за основу были приняты критерии интенсивности использования коечного фонда. Муниципальный сектор здравоохранения нуждался в организационной коррекции, начиная от фельдшерско-акушерских пунктов до центральных районных, городских больниц. При этом было очевидно, что объемы и структура оказания медицинской помощи населению сельских территорий будет отличаться от городского населения с развитой промышленной инфраструктурой. Это наиболее характерно для промышленных регионов России и, в частности, для Уральского региона. Мотивацией для сокращения сети и мощности лечебно-профилактических учреждений послужили медико-организационные и финансовые факторы, последние в последующем приобрели определяющее значение. Объемы и структуру оказания медицинской помощи в муниципальном секторе здравоохранения стали планировать, исходя из наличия финансовых ресурсов. Мотивации при этом достаточно объяснимы – при реализации закона о медицинском страховании граждан резко сократились объемы бюджетного финансирования, особенно в дотационных муниципальных образованиях. Обязательное медицинское страхование оказывало и оказывает позитивное влияние на достаточно объемный сегмент взаимоотношений с лечебно-профилактическими учреждениями, начиная от лицензирования до качества оказания медицинских услуг и социальной защиты прав застрахованных.

Но при принятии закона были заложены суммы страховых взносов, которые не компенсировали затраты при оказании медицинских услуг. При этом в законе и постановлениях Правительства не регламентировалось процентное соотношение страховых взносов на неработающее население, которое в основном и составляет потребителей

медицинских услуг. В субъектах Российской Федерации, администрация муниципальных образований исходила из формирования доходной части бюджета, дотаций областного бюджета и выделяла страховые суммы, исходя из реальных возможностей. Поэтому в Российской Федерации и возникла полярность финансирования страховых взносов на неработающее население, которая сохраняется и по настоящее время.

Оплата медицинских услуг в системе обязательного медицинского страхования, в лучшем случае до 60% компенсирует расходы лечебно-профилактических учреждений, которые вынуждены за счет предпринимательской деятельности компенсировать понесенные убытки при оказании медицинских услуг.

Увеличение с 1 января 2011 г. страхового взноса на работающее население до 5,1%, несомненно, приближает компенсацию стоимости медицинских услуг с их фактической стоимостью. Но при этом в Федеральный Фонд обязательного медицинского страхования будут проводиться отчисления в размере 2%, а 3,1% будут оставаться в распоряжении Территориального фонда обязательного медицинского страхования. Это было бы понятно, если бы средства обязательного медицинского страхования были направлены не только на финансирование выравнивания дотационных субъектов Федерации, но и целевым назначением в субъекты-доноры.

В результате принятого решения, возможно, несколько повысится стоимость медицинских услуг при реализации базовой программы обязательного медицинского страхования, но их стоимость по-прежнему будет ниже, чем фактические затраты лечебно-профилактических учреждений.

Стародубов В.И. с соавторами в статье «Методологические предпосылки построения современных региональных моделей здравоохранения», представляют расчеты объемов амбулаторной и стационарной медицинской помощи по Федеральным округам Российской Федерации (2010 г.). При этом авторы указывают, «что дифференцированные нормативы по Федеральным округам послужат толчком для формирования многоуровневой региональной модели сети учреждений здравоохранения, которая позволит обеспечить достижения структурной эффективности отрасли. Построение такой модели может позволить рационально организовать, с учетом особенностей расселения сеть межрайонных отделений – важнейшего условия приближения к месту житель-

ства населения специализированной медицинской помощи».

Комментируя данную статью, можно констатировать, что авторами предпринята попытка планирования объемов медицинской помощи по принципу экономического районирования. Объемы медицинской помощи коррелируются с мощностью амбулаторно-поликлинических и стационарных учреждений. Это можно рассматривать как модифицированную методику, которая функционировала ранее. Иного пути просто не существует, технологическое ранжирование объемов и видов медицинской помощи не только приближает виды специализированной медицинской помощи, но и снижает ее затратность. Это было достаточно аргументировано доказано организаторами здравоохранения и экономистами, предметно занимающимися экономикой здравоохранения.

Проблема организации специализированной медицинской помощи, в том числе и организация межмуниципальных центров, будет сохранять свою актуальность в доступности их для населения.

Клинические кафедры медицинской академии десятилетиями формировали научные школы, и на их базе создавалась система специализированных центров медицинской помощи.

Ранее система центров специализированной медицинской помощи на уровне субъекта Федерации формировалась по следующим принципам:

- межмуниципальные центры специализированной медицинской помощи – консультативно-диагностические и стационарные, создавались на основании приказа областного органа управления здравоохранением;
- областные центры специализированной медицинской помощи – консультативно-диагностические и стационарные, создавались на основании приказа областного органа управления здравоохранением;
- межрегиональные центры специализированной медицинской помощи создавались на основании приказа министерства здравоохранения РСФСР и предусматривали оказание консультативно-диагностической и стационарной медицинской помощи населению ряда субъектов Федерации.

На межмуниципальном уровне наиболее результативно функционировали центры, расположенные на базе

диспансерных учреждений: противотуберкулезных, кожно-венерологических, психоневрологических и онкологических, они не только обеспечивали оказание консультативно-диагностической и стационарной специализированной медицинской помощи в сфере своей деятельности, но они проводили организационно-методическую работу и интеграцию с врачами поликлинических учреждений. На уровне регионального здравоохранения при трансформации присутствует вариантность решений, и наиболее часто используемый вариант – это передача их в государственную собственность. В то же время, в «Основах законодательства о здравоохранении» указывается, что их финансирование является финансовым обязательством субъекта Федерации.

Трансформации в муниципальном секторе здравоохранения ограничили доступность населения к специализированным видам медицинской помощи. Несмотря на принятый закон «Об общих принципах организации местного самоуправления», в средних городах, преимущественно индустриального типа, и в крупных городах стационарные виды специализированной медицинской помощи сохраняются, и изменения касаются мощности профильных специализированных отделений, поликлинический сектор, в том числе и консультативно-диагностические поликлиники, сохранили объемы специализированной медицинской помощи.

Почти 10-летний период поставил специализированную медицинскую помощь в муниципальном секторе здравоохранения вне законодательного пространства. При этом специализированные виды медицинской помощи, оказываемые населению в муниципальном секторе здравоохранения, продолжали функционировать и, очевидно, будут функционировать и в будущем. Сохранили свои традиции и центры специализированной медицинской помощи областного и межрегионального уровня на базе многопрофильных больниц, муниципального образования административного центра области, города Екатеринбурга. Это достаточно отчетливо демонстрируется объемом и структурой медицинских услуг на базе нейрохирургического и центра травмы кисти, ожогового, онкогематологического, травмы глаза и других. При этом финансирование центров специализированной медицинской помощи проводилось за счет бюджета города Екатеринбурга, а пациентов из других субъектов Федерации – по предпринимательской деятельности.

Приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от

16.04.2010 г. № 243н «Об организации оказания специализированной медицинской помощи», в приложении к приказу утверждается «Порядок организации оказания специализированной медицинской помощи». Заслуживает внимания пункт 2: «Организация оказания специализированной медицинской помощи осуществляется в медицинских организациях, а также иных организациях государственной системы здравоохранения, муниципальной системы здравоохранения – в случае передачи органами государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий по организации оказания специализированной медицинской помощи органам местного самоуправления, частной системы здравоохранения, имеющих лицензию на медицинскую деятельность в части выполнения работ (услуг) по осуществлению специализированной медицинской помощи (далее – учреждения здравоохранения)».

В пункте 3 указывается: «финансовое обеспечение мероприятий по организации оказания специализированной медицинской помощи осуществляется за счет страховых взносов и средств:

- федерального бюджета – в федеральных государственных учреждениях, оказывающих специализированную медицинскую помощь;
- бюджета субъектов Российской Федерации – в учреждениях здравоохранения субъектов Российской Федерации и муниципальных учреждениях здравоохранения, оказывающих специализированную медицинскую помощь в рамках переданных полномочий;
- средств частных организаций здравоохранения».

Разрешит ли указанный приказ проблемы организации специализированной медицинской помощи населению?! Отраслевые нормативно-правовые акты, которые при централизованной системе здравоохранения были основополагающими нормативными документами, обладали способностью эволюции, при исполнении их на уровне субъекта Федерации и, тем более, на муниципальном уровне.

По всей вероятности, целесообразно решать не отдельные блоки системы, а принимать специализированную медицинскую помощь как элемент технологического цикла оказания медицинской помощи, и использовать системный подход. Вне сомнения, муниципальный сектор здравоохранения заслуживает современную законодательную базу и

дифференцированный подход по организации медицинской помощи населению. Муниципальное здравоохранение выступает организатором медицинской помощи населению, оно создает объективные предпосылки для эффективности здравоохранения.

Проблема организации первичной медико-санитарной помощи, она была ранее, она присутствует сегодня, она будет присутствовать и в будущем, и достижение ее эффективности находится в сфере интересов государства.

Системный подход в организации специализированной медицинской помощи позволяет сформировать в системе здравоохранения:

- национальные центры специализированной медицинской помощи – на базе федеральных и государственных учреждений здравоохранения;
- федеральные (окружные) центры специализированной медицинской помощи – на базе федеральных, государственных и муниципальных учреждений здравоохранения;
- региональные (республика, край, область) – на базе государственных и муниципальных учреждений здравоохранения;
- межмуниципальные центры специализированной медицинской помощи – на базе многопрофильных больниц муниципального уровня.

Система приобретает технологичность, открытость, медико-технологическую обоснованность, снижение экономических затрат и, что самое главное, она приблизит специализированную медицинскую помощь к населению.

Технологический процесс оказания медицинской помощи представляется достаточно ранимым инструментом, так как технологический цикл догоспитального этапа – скорая медицинская и первичная медико-санитарная помощь и стационарная медицинская помощь, логически сопряжены.

Это достаточно отчетливо продемонстрировалось и при реализации Национального проекта здоровья в приоритетности развития первичной медико-санитарной помощи. В Свердловской области в течение двух лет отмечались позитивные изменения в увеличении численности врачей участково-территориальной службы, но в 2009 г. численность участковых врачей терапевтов и педиатров вновь уменьшилась, не изменились и качественные параметры их работы. Проблемы преимуще-

ственно концентрируются на государственном уровне.

Высшие учебные заведения медицинского профиля, функционируя в системе государственного заказа, а иными словами, государственных грантов на получение образования, в равной степени, как и будущие врачи, не несут никаких обязательств после окончания высшего учебного заведения. Допустим, что термин «распределение» вызывает какие-то ассоциации, но есть термин «направление» – обязательство перед государством, которое предоставило студенту грант.

Необходимость корректировки подготовки врача в интернатуре не вызывает сомнений, очевидно, что образовательная система должна готовить не «узких» специалистов, а врачей общей практики по базовым медицинским специальностям. Дальнейшее движение – это уже личное дело каждого врача в выборе специализации. Избыточная номенклатура врачебных специальностей также представляет возможности движения для врачей от базовых медицинских специальностей.

Изменяются и профессиональные характеристики организаторов здравоохранения. Ранее и к настоящему времени в здравоохранении не создана система профессиональной подготовки управленческих кадров здравоохранения. Имеются в виду не кафедры общественного здоровья и здравоохранения на факультетах повышения квалификации медицинских университетов и академий. Лицензионные требования, вне сомнения, повысили ответственность главных врачей по повышению квалификации, сертификации и аттестации. Но при этом назначение главных врачей или руководителей здравоохранения иного уровня преимущественно происходит спонтанно. Смена руководителя муниципального образования сопровождается и сменой руководителя здравоохранения. Это можно было бы рассматривать как естественный процесс, если бы подбор руководителя проводился на конкурсной основе. Изменения в профессиональном уровне управленческих кадров здравоохранения наиболее полно представлены в статье Сибуриной Т.А. и Аттаевой Л.Ж.: «в здравоохранении с его установившейся системой ценностей, сложившейся моделью управления, нехваткой материальных ресурсов, такие нематериальные (неосязаемые) активы, как высокий профессионализм, креативность, талант, на протяжении многих десятилетий не имели высокой коллективной ценности. Поэтому эти качества не становились предметом особого внимания

и заботы руководства. Скорее усложняли жизнь их обладателям. В условиях всеобъемлющей стандартизации, изначально нацеленной на достижение среднего уровня, потребность в неординарных специалистах невысока, да и условия, сложившиеся в учреждениях, не способствуют их формированию. Настоящее положение во многом объясняется особенностями управления. Результаты социально-психологических исследований среди руководящих работников разного уровня свидетельствуют о том, что в здравоохранении в своей массе сформировался тип руководителя, отличающегося наличием таких качеств, как исполнительность и достаточно высокая ответственность, сочетающаяся с неготовностью осваивать новое, идти на риск. Цели и задачи повышенной сложности не привлекательны для большинства руководителей. Им не нужны работники, представляющие постоянную угрозу устоявшимся подходам и методам работы, ищущие, неудовлетворенные результатами, склонные к переменам и жаждущие их, требующие повышенного внимания».

Период децентрализации здравоохранения и ностальгия «по разумной централизации», кажется, уходит в прошлое. Система здравоохранения входит в рамки «разумной централизации» с жесткой административной системой управления. Общественное самоуправление лечебно-профилактическими учреждениями отодвигается на неопределенное будущее. Лечебно-профилактические учреждения, функционируя в социуме, продолжают оставаться изолированными от местного сообщества, которое выступает только потребителем медицинских услуг, но не участвуют в управлении и развитии медицинских учреждений.

Таким образом, развитие муниципального здравоохранения и повышение его роли в системе организации и оказанию медицинской помощи обусловлено решением законодательного, организационного и экономического характера.

Список литературы

1. Сибурина Т.А. Управление интеллектуальным и нравственным потенциалом учреждений здравоохранения / Т.А. Сибурина, Л.Ж Аттаева // Менеджер здравоохранения.- 2010.-№ 9.

2. Методологические предпосылки построения современных региональных моделей медицинского обеспечения населения / В.И. Стародубов, В.О. Флек, И.М. Сон [и др.] // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины.-2010.- № 4.
3. Регионы России. Социально-экономические показатели. Федеральная служба государственной статистики.- М, 2009.