

ОБ ОПЫТЕ РАБОТЫ МЕДИЦИНСКИХ ОКРУГОВ В МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ¹

МИНИСТР
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ПРАВИТЕЛЬСТВА
МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ
Владимир Юрьевич
Семенов



Московская область является вторым по численности населения регионом страны (после г. Москвы). Область расположена в центральной части Восточно-Европейской равнины и является высоко урбанизированным регионом, примыкающим к г. Москве.

Постоянная численность проживающего населения на территории Московской области на 01.01.2005 года составила 6629,7 тыс. человек (с учетом итогов Всероссийской переписи населения 2002 года) (рис. 1).

Соотношение городских и сельских жителей на протяжении последних 15 лет остается практически неизменным, на уровне один к четырем: 1989 год – 79% горожан и 21% сельских жителей, 2004 год – 80,5 и 19,5% соответственно. По данным переписи населения 2002 года, более 60% сельских жителей проживает в больших и крупных сельских населенных пунктах с числом жителей более 1000 человек.

Область занимает большую территорию, имеет сложное административно-территориальное устройство, не имеет традиционного областного центра. Число административно-территориальных образований пре-

вышает 73 и продолжает увеличиваться в соответствии с новым федеральным законодательством.

Для области характерна неоднородность заселения, особенно густая сеть поселений образовалась вокруг Москвы на расстоянии 35–40 км. Прилегающие к Москве районы области образуют с ней единый мегаполис.

Границы функциональных систем области, в том числе здравоохранения, не совпадают с ее административными границами.

В области хорошо развита сеть железных и автомобильных дорог, что важно для обеспечения своевременной доставки больных и пораженных в учреждения здравоохранения. Однако преимущественное развитие имеет радиальная система дорог – от периферии к центру. Менее развита сеть кольцевых дорог, что затрудняет межрайонные связи по горизонтали.

Маятниковая миграция жителей города и области ведет к тому, что, с одной стороны, большое число жителей получают медицинскую помощь в медицинских учреждениях города, а с другой – более 700 тыс. жителей области работают на предприятиях Москвы, соответственно, уплачивая там все налоги и взносы на обязательное медицинское страхование. Одновременно большое число москвичей получают медицинскую помощь в области, особенно в летний период. В связи с этим было подписано четырехстороннее соглашение между органами управления здравоохранением и фондами ОМС Москвы и Московской области (МО), предусматривающее непредъявление взаимных финансовых претензий при оказании медицинской помощи в рамках Программы государственных гарантий.

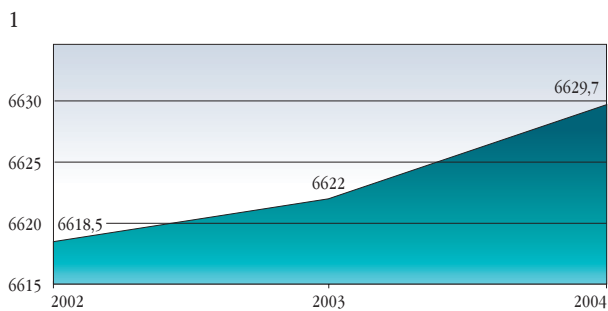
При формировании системы медицинской помощи населению на основе медицинских округов, в соответст-

¹ Медицинский округ в Московской области (МО) представляет собой добровольную интеграцию ресурсов нескольких муниципаль-

пальных систем здравоохранения для оказания медицинской помощи населению этих муниципальных образований, осуществляе-

мую на основе соглашения на уровне глав муниципальных образований МО с полным сохранением их существующего и воз-

можного административно-территориального деления.



ЧИСЛЕННОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ
В 2002–2003 ГОДАХ (В ТЫС. ЧЕЛОВЕК)

вии с Федеральным законом 131-ФЗ «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации», численность муниципальных образований в МО составит с 2006 года 370, при этом число городских и районных больниц остается неизменным.

Идея формирования несколькими муниципальными системами здравоохранения единого медицинского образования – медицинского округа, в пределах которого население получит основной объем первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи, потребовала экспериментальной апробации.

Формирование медицинского округа предполагало решение следующих основных задач:

- преодоление непропорционального развития здравоохранения отдельных муниципальных образований, входящих в медицинский округ;
- реструктуризация системы предоставления медицинской помощи на уровне выше муниципального;
- согласованное управление объемами потребления населением медицинской помощи в пределах округа;
- оптимизация структуры медицинской помощи по видам и объемам, соответствующим потребностям населения округа;
- достижение максимальной медико-организационной самодостаточности округа через рациональное использование существующих возможностей лечебной сети медицинского округа и формирование нового уровня предоставления медицинской помощи населению;
- создание равных экономических условий предоставления медицинской помощи через введение единого подушевого норматива финансирования здравоохранения округа (из бюджета и ОМС), единой группировки тарифов и единых правил оплаты медицинских услуг;
- внедрение механизма управления ресурсами на оказание медицинской помощи внутри округа;
- сокращение совокупных и достижение эффективных удельных затрат на предоставление медицинской помощи населению округа;
- формирование единого информационно-технологического пространства для оперативного

управления системой предоставления медицинской помощи населению округа.

Перечисленные особенности сформировали специфический облик многоуровневой системы здравоохранения Московской области.

Главной целью деятельности Минздрава МО при формировании медицинских округов являлось обеспечение эффективного функционирования системы здравоохранения. При этом реформирование здравоохранения осуществлялось по следующим основным направлениям:

- разработка, внедрение единых социальных гарантий обеспечения населения медицинской помощью;
- совершенствование нормативно-правовой базы;
- реорганизация амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи;
- централизация управления.

Работа велась в соответствии с планом, а также программами социально-экономического развития Московской области, государственных гарантий обеспечения населения бесплатной медицинской помощью, целевыми областными программами в области здравоохранения.

Были подготовлены и оформлены приказом Минздрава МО №142 от 22.10.2001 «Основные положения по созданию медицинского округа в Московской области», «Положение о Координационном совете по здравоохранению в медицинском округе», «Типовое соглашение между главами муниципальных образований Московской области о взаимодействии в предоставлении населению медицинской помощи в медицинском округе», после подписания которого медицинский округ считался созданным.

Медицинский округ является добровольным объединением организаций нескольких муниципальных систем здравоохранения с устойчивыми медико-организационными связями на основе Соглашения между главами муниципальных образований о взаимодействии в предоставлении населению медицинской помощи.

Участники медицинского округа сохраняют свою юридическую и экономическую самостоятельность.

Первичная медико-санитарная помощь в МО предоставляется в сельских амбулаториях, участковых поликлиниках и стационарах. Специализированная помощь предоставляется в профильных отделениях городских и районных больниц. Высококвалифицированная специализированная помощь оказывается в профильных отделениях городских и районных больниц, выполняющих межрайонные функции, или лечебных учреждениях областного подчинения.

На муниципальном уровне медицинскую помощь населению оказывают 265 амбулаторно-поликлинических, 233 стационарных учреждения, 35 стоматологических поликлиник, 89 диспансеров, 28 санаториев, 29 станций скорой медицинской помощи, 709 ФАПов, 268 здравпунктов.

На областном уровне медицинскую помощь населению предоставляют 51 учреждение, в том числе Московский областной научно-исследовательский клинический институт (МОНКИ) им. М.Ф. Владимирского, Московский областной научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии (МОНИАГ),



госпиталь инвалидов войн, две детские специализированные больницы (ортопедохирургическая, психоневрологическая), пять диспансеров, областная стоматологическая и детская консультативная поликлиники, 12 психиатрических больниц, 6 домов ребенка, детские и туберкулезные санатории.

На протяжении многих лет число коек в областных учреждениях остается недостаточным для удовлетворения потребности населения, особенно детского, в высокоспециализированных видах помощи. В настоящее время из 54 951 стационарной койки на областные учреждения приходится только 17,7% от общего их числа, или 9691 койка.

Тем не менее новые экономические условия и значительное изменение федерального законодательства в сфере здравоохранения в последнее вре-

оказания медицинской помощи для создания качественно новой, эффективно использующей ресурсы системы, максимально обеспечивающей реализацию государственных гарантий населению по предоставлению медицинской помощи.

2004 год стал первым годом полноценного функционирования медицинских округов. После подписания главами Истринского (февраль 2004 года) и Домодедовского районов (апрель 2004 года) Соглашения о взаимодействии в предоставлении населению медицинской помощи в рамках медицинского округа руководители органа управления данных территорий стали полноценными участниками координационных советов.

При формировании несколькими муниципальными образованиями медико-организационного про-



мя вынуждают развивать собственную сеть медицинских учреждений на муниципальном уровне и в области в целом.

В 2005 году в соответствии с федеральным законодательством проводился процесс передачи на областной уровень муниципальных лечебно-профилактических учреждений, оказывающих специализированные виды медицинской помощи, то есть численность ЛПУ областного уровня значительно увеличивается.

Преодоление структурных диспропорций в оказании медицинской помощи населению стало приоритетным направлением реформирования муниципального здравоохранения Московской области.

Основной задачей создания медицинского округа является реализация конституционных прав граждан, проживающих на территории договаривающихся сторон, на охрану здоровья и медицинскую помощь, координация деятельности органов и учреждений здравоохранения в медицинском округе и принятие согласованных решений по приоритетным проблемам развития отрасли.

Для практического воплощения концепции структурных изменений системы муниципального здравоохранения территория Московской области была разделена на отдельные сектора, то есть проведено медицинское районирование. Определяющими факторами для проведения этого этапа работы стали исторические связи между ЛПУ и транспортная доступность муниципальных образований. За период 2001–2003 годов были сформированы 12 медицинских округов (табл. 1, рис. 2).

Целью формирования медицинского округа стала интеграция нескольких муниципальных систем

странства медицинского округа расширяются возможности каждого из них по нескольким направлениям.

Во-первых, медицинский округ позволяет организовать кооперацию муниципальных систем здравоохранения для обеспечения населения медицинской помощью более широкого спектра и большей доступности. При этом «избыточные» (на уровне отдельно взятой муниципальной системы) ресурсы каждого из входящих в округ районов и городов становятся востребованными (полностью или частично) для общих задач оказания медицинской помощи населению округа.

Во-вторых, создание медицинских округов значительно повышает доступность специализированной медицинской помощи. Как уже отмечалось, даже крупные города и районы области (с числом жителей в пределах 100 тысяч человек) не могут обеспечить в границах своих территорий предоставление многих видов специализированной помощи. На базе же объединенных ресурсов округа такая возможность открывается. Группа районов, сформировавших медицинский округ, способна не только сохранить имеющиеся, но и развернуть (на собственной базе) при соответствующей медицинской потребности дополнительные виды специализированной помощи. В результате решается задача снижения нагрузки на вышестоящие (областные) специализированные центры.

В-третьих, формирование медицинского округа является, по сути, формой реструктуризации системы предоставления медицинской помощи. Эта форма реструктуризации имеет значительные преимущества перед муниципальной реструктуризацией. Реструктуризация на этом уровне становится более обоснованной и точной по направлениям и планируемым параметрам из-



Таблица 1

СОСТАВ МЕДИЦИНСКИХ ОКРУГОВ, СОЗДАНЫХ
В МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ

№ п\п	Приказ МЗ МО	Муниципальные образования Московской области, ЛПУ которых входят в медицинский округ	Численность населения, тыс. чел.
1	№54 от 06.11.2001	Коломенский, Воскресенский, Егорьевский, Зарайский, Луховицкий, Озерский р-ны, г. Коломна	588,0
2	№161 от 16.11.2001	Подольский, Серпуховский, Чеховский р-ны, г. Климовск, Подольск, Протвино, Пущино, Серпухов, Троицк, Щербинка	669,6
3	№206 от 18.10.2002	Мытищинский, Щелковский р-ны, г. Долгопрудный, Королев, Лобня, Лосино-Петровский, Фрязино, Юбилейный	755,0
4	№241 от 02.12.2002	Люберецкий, Раменский р-ны, г. Бронницы, Дзержинский, Жуковский, Лыткарино р-н, пос. Котельники	670,4
5	№242 от 02.12.2002	Клинский, Солнечногорский, Химкинский р-ны	424,0
6	№38 от 14.02.2003	Орехово-Зуевский, Павлово-Посадский, Шатурский р-ны, г. Орехово-Зуево, Рошаль, Электрогорск	445,3
7	№58 от 12.03.2003	Волоколамский, Истринский, Красногорский, Лотошинский, Шаховской р-ны	353,0
8	№59 от 12.03.2003	Пушкинский, Сергиево-Посадский р-ны, г. Ивантеевка, Красноармейск	428,2
9	№68 от 21.03.2003	г. Дубна, Дмитровский и Талдомский р-ны	260,2
10	№78 от 4.04.2003	Домодедовский, Каширский, Ленинский, Серебряно-Прудский, Ступинский р-ны, пгт Приокск	450,4
11	№98 от 18.04.2003	г. Звенигород, Краснознаменск, Можайский, Наро-Фоминский, Рузский р-ны и п. Молодежный	597,3
12	№100 от 18.04.2003	г. Железнодорожный, Реутов, Черноголовка, Электросталь, Балашихинский и Ногинский р-ны	715,9
Московская область – 73 муниципальных образования			6629,7

менений в системе предоставления медицинской помощи исходя из двух обстоятельств. Прежде всего на смену задаче выявления и оценки диспропорций на уровне отдельного муниципального образования приходит задача структурного анализа системы большего масштаба (по территории и населению). В результате принципиально снижается риск и величина ожидаемых ошибок при оценке как необходимости, так и результатов реструктуризации. Не исключено, что оцененная как непропорциональная структура оказания медицинской помощи на уровне отдельно взятого района (города) может превратиться в свою противоположность при рассмотрении системы оказания помощи с позиции объедине-

ния с близлежащей территорией. Известен опыт неудачной реструктуризации на уровне муниципальных объединений, при котором игнорируется традиционно сложившееся тяготение населения к потреблению отдельных видов медицинской помощи вне места проживания. С другой стороны, перенос оценки диспропорций и выработка программы реструктуризации с муниципального на более высокий уровень значительно расширяют возможности разработки способов проведения реструктуризации. Появляется многовариантность (как клинического, медико-технологического, организационного и экономического свойства) преодоления диспропорций.



2



МЕДИЦИНСКИЕ ОКРУГА В МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ

В-четвертых, объединение нескольких муниципальных систем в одну создает принципиально новые большие возможности для более эффективного использования имеющихся ресурсов в форме их постепенной интеграции (при условии организации комплексной системы учета). Прежде всего объем ресурсов возрастает количественно, а значит, легче решаются задачи замещения, маневрирования, высвобождения, экономии и т.д. Происходят и качественные изменения в составе ресурсов, повышается их многообразие, расширяются границы их использования.

В-пятых, формирование медицинского округа вызывает позитивные изменения в перераспределении средств здравоохранения и обязательного медицинского страхования (ОМС), укрепляющие финансовую базу муниципального и окружного уровней предоставления медицинской помощи. Развитие специализированных видов помощи на уровне округа приведет к использованию в границах округа большей доли совокупного (по уровням помощи) подуще-

вого норматива финансирования на жителя округа. Так, дополнительно создаваемые профили коек и врачебные специальности на амбулаторном приеме позволят высвободить средства, расходуемые на выплаты сторонним организациям за предоставляемые услуги по специализированным видам помощи жителям округа, для их использования на укрепление муниципальных систем здравоохранения округа.

В 2004 году сохранились положительные тенденции последних лет по оптимизации сети лечебно-профилактических учреждений и эффективному использованию мощностей здравоохранения. В связи с реорганизацией больничной помощи на основе округов в Воскресенском, Дмитровском и Павлово-Посадском районах МО число стационаров только за один 2004 год уменьшилось на 4, а также продолжалось сокращение коек круглосуточного пребывания.

Обеспеченность круглосуточными койками (без учета коек для новорожденных) достигла 80,7 на 10 000 населения (2003 год – 82,3). Из них на муниципальный



уровень приходится 80,4% коечного фонда области (64,9 койки на 10 000 населения), на областной уровень – 17,7% коечного фонда (15,8 койки на 10 000 населения).

Снижение показателя обеспеченности населения круглосуточными койками не сказалось на доступности стационарной медицинской помощи. За прошедший год пролечено (без учета коек для новорожденных) 1196,3 тыс. больных, что на 2,1% больше по сравнению с 2003 годом. На муниципальном уровне получили медицинскую помощь в условиях стационара 1093,2 тыс. человек, или 91,4%. Уровень госпитализации на 1000 населения возрос с 177,2 в 2003 году до 180,4 в 2004 году.

Анализ качественных показателей деятельности коек круглосуточного пребывания (без учета коек для новорожденных) свидетельствует об успешных усилиях органов и учреждений здравоохранения области по эффективному использованию ресурсов стационаров. Для всех основных показателей характерна положительная динамика: средняя занятость койки достигла 328,1 дня (2003 год – 325,4, РФ – 319), средняя длительность пребывания больных – 14,5 дня (2003 год – 14,9, РФ – 14,5), оборот койки – 22,6 (2003 год – 21,8), среднее время простоя – 1,6 дня (2003 год – 1,8).

Активно развиваются стационарозамещающие виды медицинской помощи. Число мест в дневных стационарах при больницах составляет 4765 против 4294 в 2003 году (рост на 11%), при амбулаторно-поликлинических учреждениях – 1905 против 1786 в 2003 году (рост на 6,7%). Стационары на дому увеличились на 17,5%.

Обеспеченность местами в дневных стационарах при больницах и при амбулаторно-поликлинических учреждениях равняется 10,1 на 1000 населения (2003 год – 9,2, РФ – 12,5).

Занятость мест улучшилась как в стационарах при больницах (2003 год – 272,4, 2004 год – 287,3), так и при поликлиниках (2003 год – 255,4, 2004 год – 292,2).

За 2004 год в дневных стационарах и стационарах на дому пролечено на 32,6 тыс. больных больше по сравнению с 2003 годом (172,1 тыс.).

Продолжается наращивание коек медико-социальной направленности (сестринского ухода, геронтологические, хосписные). В области функционирует 1715 подобных коек против 1644 коек в 2003 году.

В 2004 году 33 отделения муниципальных учреждений здравоохранения оказывали медицинскую помощь клинического уровня. Дефицит областных коек восполняется по 17 профилям для взрослых и 7 профилям для детей. По согласованному перечню нозологических форм в этих отделениях пролечены 16 071 больной (2003 год – 14 141). Необходимо отметить рост доступности высококвалифицированной помощи для жителей других территорий МО. Так, доля лиц, получивших лечение в данных отделениях, достигла в 2004 году 69% (2003 год – 64,7%).

Следует отметить, что участие в создании медицинских округов изменило профессиональные

и психологические установки у большинства руководителей муниципального здравоохранения. Формирование единой функционально-организационной структуры послужило толчком для усиления интеграционной направленности в развитии здравоохранения Московской области на муниципальном уровне.

Параллельно с процессом создания медицинских округов осуществлялись мероприятия по организации их практической деятельности.

Приказами МЗ МО в каждом медицинском округе создан координационный Совет по здравоохранению, в состав которого по должности включены руководители органов управления здравоохранением.

Координационные советы работают по утвержденному плану. В целом за год проводятся более 60 заседаний на различные темы. Значительное место в повестках занимают организационные вопросы, решение которых обеспечивает становление и нормальное функционирование медицинских округов. Кроме того, координационные советы рассмотрели планы развития систем здравоохранения муниципальных образований в отдельности и медицинского округа в целом на среднесрочную перспективу. В ряде медицинских округов на координационных советах заслушаны вопросы развития и совершенствования отдельных служб: фтизиатрической (округа №3, 4, 9), онкологической (округ №5), наркологической и психиатрической (округ №8), анестезиолого-реанимационной (округ №2) и т.д. В работе координационных советов принимают активное участие сотрудники МЗ МО, главные внештатные специалисты МЗ МО и сотрудники научно-организационного отдела МОНКИ им. М.Ф. Владимирского, которые готовят аналитические справки и информационные бюллетени, выступают на заседаниях, оказывают практическую и организационно-методическую помощь.

Заключены договора о научно-практическом сотрудничестве между МОНКИ им. М.Ф. Владимирского и руководителями органов управления здравоохранением, входящих в медицинские округа.

Функции главных специалистов МЗ МО в медицинских округах выполняют 256 специалистов. При их участии организованы 142 окружные конференции, 54 специалиста выступили на заседаниях координационного совета, 76 специалистов выехали в муниципальные образования медицинского округа. В некоторых медицинских округах проведены окружные конкурсы «Лучший по профессии» среди фельдшеров ФАП, скорой помощи, медицинских сестер.

Руководителями муниципальных органов управления здравоохранения согласованы и подписаны соглашения о распределении потоков пациентов по профилям коек и врачебным специальностям в медицинском округе отдельно среди взрослого и детского населения. В базовые соглашения ежегодно вносятся изменения и дополнения.

Отрегулирован порядок проведения консультативных приемов и госпитализаций населения в ЛПУ медицинского округа.



В целях координации деятельности органов местного самоуправления и оказания организационно-методической помощи координационным советам медицинские округа закреплены для плановой работы за заместителями министра здравоохранения МО.

На основе сформированных медицинских округов МО совершенствуется реализация выездных форм медицинского обслуживания жителей села МО.

На первом этапе, осуществляемом силами и средствами муниципальных образований и медицинских округов области, за один 2004 год в 35 районах Московской области было осмотрено более 114 тыс. человек. По результатам осмотров 6,5 тыс. человек направлено на дополнительное обследование, и более 2 тысяч – на стационарное лечение. Направлено на консультацию и дообследование в МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского более 550 человек. По результатам осмотра в муниципальных органах управления здравоохранением разработаны планы оздоровления населения в лечебно-профилактических учреждениях.

На втором этапе выездная работа осуществлялась силами и средствами главных специалистов Минздрава МО, работающих в МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского. Специалистами МОНИКИ за 2004 год сделано 136 выездов в 20 районов области. Осмотрено 1870 человек, из них 568 жителей села.

По результатам осмотров осуществлен отбор больных для лечения в областных и федеральных лечебно-профилактических учреждениях.

Начиная с 2004 года подводятся итоги деятельности муниципальных систем здравоохранения и медицинских округов на основе анализа почти 20 различных количественных и качественных показателей. С этой целью выпущен приказ Минздрава МО №113 от 26.04.2004 «О подведении итогов деятельности системы здравоохранения медицинских округов в Московской области», в котором представлены критерии и показатели оценки деятельности системы здравоохранения на основе индикаторов качества медицинской помощи.

Для приближения специализированной медицинской помощи к месту постоянного проживания населения впервые на муниципальном уровне организованы 2 гематологических отделения по 30 коек (Подольская ЦГБ и Королевская ГБ №2), 2 отделения челюстно-лицевой хирургии по 30 коек (Коломенская ЦРБ и Жуковская ЦГБ), выделены 12 коек ожоговой травмы в Подольской ГБ №2. Проводятся мероприятия по организации окружных отделений амбулаторного гемодиализа (гг. Орехово-Зуево, Балашиха, Жуковский и др.), иммунологических лабораторий (гг. Видное, Павловский Посад, Королев) и т.д.

За счет средств областного и муниципального бюджетов приобретены для использования в масштабах медицинского округа компьютерные томографы, гемодиализные аппараты и др.

36 стационарных отделений муниципальных ЛПУ в 15 муниципальных образованиях получили статус межокружного и оказывают специализированную медицинскую помощь. Более 15 тысяч больных получают

специализированную медицинскую помощь в данных отделениях. Наибольшее число коек для компенсации объемов областного уровня приходится на офтальмологические, патологии новорожденных, гематологические и сосудистой хирургии.

В связи с практически четырехлетним опытом работы по интеграции ресурсов муниципальных систем здравоохранения в рамках медицинского округа система здравоохранения с учетом изменившегося федерального законодательства в области здравоохранения должна основываться на следующих принципах:

1. Принцип выбора наилучшего варианта использования ограниченных ресурсов для предоставления медицинской помощи жителям всех муниципальных образований, входящих в округа. Медико-экономическая модель округа основывается на интеграции ресурсов здравоохранения всех входящих в его состав муниципальных образований.
2. Принцип ресурсосбережения. Перспективная медико-экономическая модель может предполагать использование областных ресурсов, высвобождающихся в результате реструктуризации системы предоставления медицинской помощи, на уровне округа. Изыскание внутренних резервов снижения потерь ресурсов всех видов должно сочетаться с разработкой и внедрением более экономичных и эффективных технологий.
3. Приоритетность внутрисистемной эффективности. Модель роста эффективности опирается не на простое суммирование возможностей территорий округа, а на организацию принципиально новой системы предоставления медицинской помощи, выводящей возможности территорий округа на качественно новый уровень.
4. Принцип экономического равновесия. Необходимо обеспечить равновесие между объемами потребления медицинской помощи и финансовыми средствами на эти цели через использование методов планирования (моделирования).
5. Принцип договорного партнерства. Согласованное взаимодействие муниципальных образований осуществляется с полным сохранением их административно-территориального деления и полномочий, становится основой принятия решений.
6. Принцип кооперации. Определяется место каждого муниципального образования (до уровня ЛПУ) в единой системе организации и оказания медицинской помощи населению округа с целью обеспечения максимально возможной доступности медицинской помощи в пределах округа.
7. Принцип рационального развития. Решения о развитии ресурсной базы здравоохранения округа принимаются исходя из их целесообразности и рациональности для населения и сети здравоохранения округа в целом, а не отдельных территорий, входящих в него.
8. Принцип универсальности. В пределах округа должен быть обеспечен единый подход

к управлению, организации и финансированию медицинской помощи. Определяются приоритеты в последовательности введения единых норм и правил, а также сроки преодоления сложившихся различий.

9. Принцип справедливости. Реализация модели округа предполагает справедливость создаваемой в его пределах системы предоставления медицинской помощи для потребления жителями любой территории, входящей в округ. Не предусматривается никаких предпочтений, связанных с изначальными различиями в численности населения и мощностей сети ЛПУ муниципальных образований, вошедших в округ, поскольку они не должны ограничивать возможности потребления медицинской помощи каждым жителем. Естественно, что потребление медицинской помощи, связанное с различиями пола, возраста, состояния здоровья населения, будет отражаться

на объемах и структуре фактически оказываемой медицинской помощи.

10. Принцип равенства полномочий участников. Формирование округа предполагает создание модели управления на принципах равенства полномочий, прежде всего в вопросах принятия решений, контроля, получения информации и др. В условиях экономической самостоятельности и независимости административно-территориальных субъектов органом практической реализации равных полномочий становится Совет руководителей органов управлений здравоохранения районов, входящих в медицинский округ.

Внедрение модели медицинского округа должно основываться на координации усилий и взаимопонимании представителей власти, руководителей органов здравоохранения всех уровней, финансовых структур и медицинской общественности.