

ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ РАЗВИТИЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ И ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ

ДИРЕКТОР ДЕПАРТАМЕНТА
РАЗВИТИЯ МЕДИЦИНСКОЙ
ПОМОЩИ И КУРОРТНОГО
ДЕЛА МИНИСТЕРСТВА
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Руслан Альбертович
Хальфин



Медицинскую помощь населению оказывает 16 753 лечебно-профилактических учреждения, в том числе 8188 больниц, 1463 диспансера, 6203 самостоятельных амбулаторно-поликлинических учреждения. Численность коечного фонда круглосуточных стационаров составляет 1420 тыс.

В течение года в Российской Федерации выполняется более 1,3 млрд. посещений к врачам (включая профилактические и к зубным) и осуществляется более 32 млн. госпитализаций.

За период 1995–2004 годов общее число стационаров сократилось почти на 20%, причем в наибольшей степени это коснулось маломощных больниц. При этом широкое распространение получили дневные стационары как при амбулаторно-поликлинических учреждениях, так и при круглосуточных стационарах. За данный период число мест в дневных стационарах возросло на 100 тыс., а число пролеченных больных в этих типах учреждений увеличилось в три раза.

Однако объемы стационарной помощи остаются неоправданно высокими, соответственно – и затраты на нее. Примерно 60% объема государственного финансирования здравоохранения идет на оплату стационарной помощи, при этом более 30% госпитализированных больных могли бы проводить лечение в амбулаторно-поликлинических учреждениях.

Первичная медико-санитарная помощь, являясь центральным звеном системы здравоохранения, должна осуществлять главные задачи улучшения показателей здоровья населения. Однако на практике ее роль остается незначительной – прежде всего в силу недостаточного финансирования. На амбулаторно-поликлиническую помощь приходится лишь 31% государственного финансирования здравоохранения, на скорую медицинскую помощь – 6%, на стационарозамещающую – 3%.

До 2005 года отмечались тенденции к снижению объемов амбулаторно-поликлинической (число посещений на одного жителя в год – 9) и росту объемов скорой медицинской помощи, повышению уровня госпитализации.

По оперативным данным, в связи с вступлением в силу в 2005 году Федерального закона от 22.08.2004 года №122-ФЗ «О внесении изменений в законодательные акты Российской Федерации и признании утратившими силу некоторых законодательных актов Российской Федерации в связи с принятием федеральных законов «О внесении изменений и дополнений в Федеральный закон «Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации» и «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации» наблюдается увеличение числа обращений в амбулаторно-поликлинические учреждения, в 2–2,5 раза увеличилась выписка рецептов (по сравнению с аналогичным периодом прошлого года), уменьшилось число госпитализаций и вызовов скорой медицинской помощи (на 3–4%).

Касаясь материально-технической базы учреждений здравоохранения, следует отметить ее неудовлетворительное состояние.

Износ основных фондов в здравоохранении составляет около 50%, в том числе транспорта – 62%, зданий – более 27%, медицинского оборудования – 64%.

Укомплектованность компьютерной техникой лечебно-профилактических учреждений составляет не более 30%.

В результате многие современные и отработанные в федеральных центрах медицинские технологии не получают широкого распространения в лечебно-профилактических учреждениях регионов.

При этом удовлетворенность населения качеством медицинской помощи, по данным социологических опросов, довольно низкая: если в начале 90-х годов 50% населения было не удовлетворено качеством предоставляемых ему медицинских услуг, то в последние годы доля таких лиц увеличилась до 70%.

Попытки реформирования в здравоохранении свелись лишь к сокращению маломощных учреждений и коек в них, но не повлияли на качество и доступность медицинской помощи, оснащение медицинских учреждений, увеличение заработной платы медицинских работников.

Проведение реформы в полном объеме тормозится действием факторов, отражающих устройство государства, состояние законодательства, систему финансирования здравоохранения.

Так, низкие темпы структурных преобразований в системе здравоохранения обусловлены в значительной степени несовершенством системы управления – прежде всего ее фрагментацией, ослаблением функций стратегического и текущего планирования, недостаточным развитием механизмов координации различных субъектов управления.

Отраслевые органы управления здравоохранением, система ОМС, медицинские организации в большей мере заинтересованы в сохранении сложившейся системы, чем в ее модернизации.

Оказалась ослабленной личная ответственность руководителей местных органов и учреждений здравоохранения за результаты своей деятельности и эффективность использования ресурсов. Ничего не меняя, требуя увеличения финансирования здравоохранения, – это позиция многих руководителей отрасли, которая и препятствует преобразованиям.

Реформирование здравоохранения требует ясной стратегии и согласованных действий различных органов власти. Поддерживая на словах необходимость модернизации сложившейся системы здравоохранения, ряд ведомств фактически затягивают принятие каких-либо определенных решений.

В российском обществе не сложился консенсус основных социально-политических сил в отношении сути проблем здравоохранения, степени их приоритетности и направлений их решения, нарастает недовольство системой здравоохранения. Вместе с тем любые, даже скромные, новации встречаются населением и самой отраслью с большой настороженностью.

Между тем сценарий «ничего не делать» неприемлем: продолжится неконтролируемое нарастание платности медицинской помощи, усилятся диспропорции в системе оказания медицинской помощи, дополнительные вливания общественных средств будут использоваться неэффективной системой без видимых результатов для населения, усилится имущественное расслоение

врачебного корпуса, а самое главное – ухудшится доступность медицинской помощи для населения.

Следует также отметить низкую мотивацию организаций и работников здравоохранения к качественной работе. Организационно-правовая форма бюджетного учреждения существенно ограничивает возможности использования экономических методов управления. Непреодолимыми оказываются ограничения по маневрированию финансовыми средствами, выделяемыми по смете. В этой ситуации руководители лечебно-профилактических учреждений вынуждены содержать ненужные мощности, но не могут поощрить лучших работников. Используемые в системе обязательного медицинского страхования методы оплаты медицинской помощи не ориентируют на оптимизацию объемов стационарной помощи и первоочередное развитие первичной медико-санитарной помощи. Оказался утраченным опыт внутрихозяйственных отношений, приобретенный в ходе реализации «нового хозяйственного механизма в здравоохранении» в конце 80-х годов. Хозяйственная активность менеджеров здравоохранения нередко проявляется в таких формах, которые позволяют говорить о скрытой приватизации учреждений.

По данным Росстата, размер средней заработной платы работников отрасли «Здравоохранение» в 2 раза ниже средней по промышленности. Это не соответствует образовательному уровню и высокой общественной значимости деятельности медицинских работников. Низкая оплата их труда создает социальную напряженность в медицинских коллективах, которая отражается на отношении к работе, пациентам.

Повышение престижности роли врача – задача не только медицинской общественности, но и общества в целом.

Необходимость повышения эффективности функционирования системы здравоохранения во многом диктуется объективными процессами – расширением потребностей населения в медицинской помощи, растущим использованием новых эффективных лечебно-диагностических технологий, удорожанием медицинской помощи. Цель реструктуризации здравоохранения – повышение эффективности использования ресурсов, создание на этой основе более благоприятных условий для повышения доступности и качества медицинской помощи.

Модернизация системы здравоохранения – это процесс структурных преобразований, обеспечиваемый перегруппировкой ресурсов между отдельными звеньями и уровнями оказания медицинской помощи для использования клинически и экономически эффективных решений с учетом меняющихся потребностей населения в медицинской помощи.

Главные медико-организационные сдвиги в структуре оказания медицинской помощи:

- из сектора стационарной помощи в сектор амбулаторно-поликлинической помощи;
- от специализированной амбулаторной помощи в сектор первичной медико-санитарной помощи;



- из круглосуточного стационара в дневной стационар, центр амбулаторной хирургии, стационар на дому;
- из учреждений, оказывающих высокоспециализированную и высокотехнологичную помощь, в учреждения, оказывающие специализированную медицинскую помощь, а порой и в учреждения первичной медико-санитарной помощи;
- от мелких диагностических подразделений к централизованным службам, способным эффективно использовать дорогостоящую диагностическую технику.

Эти сдвиги осуществляются поэтапно и растягиваются по времени. Каждый субъект Российской Федерации утверждает стратегический план реструктуризации территориального здравоохранения, рассчитанный на 8–10 лет, с выделением плана мероприятий в течение первых двух лет (2005 – 2006 годы). Передача субъектам Российской Федерации функции стратегического планирования здравоохранения призвана преодолеть фрагментацию территориального здравоохранения.

Федеральный орган исполнительной власти, осуществляющий управление здравоохранением, утверждает методику разработки стратегического плана реструктуризации в субъектах Российской Федерации, включая процедуры согласования планов муниципальных образований, а также целевые показатели объемов отдельных видов медицинской помощи, рекомендуемые механизмы преобразований (медико-организационные, финансово-экономические, управленческие), клинические протоколы, отражающие обоснованную клиническую практику.

В сложившейся ситуации необходимо резко повысить приоритетность участковой службы, выполняющей основную часть функций первичной медико-санитарной помощи (ПМСП), включая медицинскую профилактику. На этом уровне должно осуществляться лечение 80–90% случаев всех заболеваний. Существует эмпирически доказанная зависимость: чем ниже объем первичной медицинской помощи, тем выше потребность в стационарной и скорой медицинской помощи, а значит, выше и объем необходимых затрат. Основой развития амбулаторно-поликлинической помощи является укрепление поликлинической сети, в том числе детских поликлиник и женских консультаций. Одновременно необходимо развивать направление на поэтапное формирование общих врачебных практик. Этот процесс должен вызревать в действующей системе оказания первичной медицинской помощи. Объектом преобразований должны явиться действующие участковые службы. Необходимы мероприятия по сближению содержания и оплаты труда участкового врача и врача общей практики.

Перспективны до- и последипломные формы подготовки врачей участковой службы. Наиболее массовый вариант – сочетание заочных и очных форм переобучения. Только на этой основе можно подготовить достаточное число врачей общей практики, чтобы они стали действительно центральным звеном

ПМСП. Кроме того, каждый шаг по освоению участковыми врачами отдельных функций узких специалистов должен финансово стимулироваться.

Следует обеспечить реальный выбор населением своего врача общей практики или участкового врача. В зависимости от числа прикрепившихся определяется размер оплаты ПМСП.

Врачи общей практики и участковые врачи должны стать координаторами медицинской помощи, оказываемой на других этапах. Для превращения этой категории врачей в центральное звено системы здравоохранения целесообразно провести их организационное и финансовое отделение от узких специалистов в составе амбулаторно-поликлинических учреждений. Это позволит обеспечить персональную ответственность этих врачей за состояние здоровья прикрепившегося населения, расширит их возможности влиять на организацию медицинской помощи, оказываемой их пациентам на других этапах. Размер оплаты труда участковых врачей и врачей общей практики должен зависеть прежде всего от показателей здоровья обслуживаемого населения, а также объемов стационарной и скорой медицинской помощи (оптимизация этих объемов является показателем эффективной работы первичного звена).

Укрепление первичного звена позволит освободить узких специалистов от рутинных видов медицинской деятельности.

Для повышения эффективности работы первичного звена необходимо развивать консультативно-диагностические службы амбулаторно-поликлинических учреждений. На их базе могут быть развернуты отделения медико-социальной реабилитации и терапии, службы ухода, дневные стационары, центры амбулаторной хирургии и медико-социальной помощи, отделения профилактической помощи матери и ребенку (включая патронаж беременных женщин и детей первого года жизни) и прочие.

Наиболее важными направлениями реструктуризации системы оказания скорой помощи являются ограничение роли службы скорой медицинской помощи исключительно случаями, требующими экстренной помощи, сокращение числа необоснованных вызовов и перевод части вызовов на уровень поликлиники.

Необходимо более широкое вовлечение в процесс оказания скорой медицинской помощи персонала служб жизнеобеспечения (милиция, инспекция по безопасности дорожного движения, пожарная служба, инструкторы-реаниматоры на производстве и т.д.).

Главные направления реорганизации стационарной помощи:

- оптимизация объемов стационарной помощи за счет сокращения числа случаев необоснованных госпитализаций;
- интенсификация процесса оказания стационарной помощи на основе повышения ресурсного обеспечения каждого случая лечения;
- дифференциация коечного фонда по степени интенсивности лечебно-диагностического процесса.



Сокращение средней длительности госпитализации достигается за счет четкого определения показаний к госпитализации, максимально возможного обследования больных в амбулаторных условиях, своевременной (с учетом критериев для выписки из стационара) передачи пациентов на лечение в амбулаторных условиях, в том числе в дневном стационаре.

Важная роль в успешной реструктуризации стационарной помощи отводится врачу ПМСП, который принимает решение об отборе больных на плановую госпитализацию в больницы соответствующего уровня. Этот врач должен быть экономически мотивирован в оптимизации объемов стационарной помощи.

Решающее условие успешности реорганизации стационарного сектора – готовность амбулаторно-поликлинического звена принять на себя дополнительные объемы медицинских услуг. Механическое сокращение коечного фонда должно уступать планированию реорганизации стационарной помощи на основе анализа возможностей амбулаторно-поликлинических учреждений.

Планирование стационарной помощи основывается на расчете доказательной (обоснованной) потребности населения в объемах и видах этой помощи, то есть с учетом уровня заболеваемости, а также показаний к госпитализации.

Максимально четкое определение показаний к госпитализации является исходным условием рационального планирования стационарной помощи. Основным критерий для разработки показаний к госпитализации при тех или иных заболеваниях – состояние пациента, требующее круглосуточного наблюдения и вмешательства.

В настоящее время удовлетворение потребности в высокотехнологичной медицинской помощи в целом остается на низком уровне.

Федеральным бюджетом на 2005 год предусмотрено только 6,6 млрд. рублей на высокотехнологичные виды медицинской помощи, или 38,3% от потребности. Кроме того, учитывая, что расходы на одного больного при оказании этих видов медицинской помощи в федеральном бюджете предусмотрены на уровне 103% к текущему году, а с учетом инфляции – 94,3%, программные показатели по обеспечению потребности населения будут не выполнены.

В целях повышения доступности высокотехнологичной медицинской помощи необходимо активное внедрение новых технологий, снижение сроков ожидания этих видов помощи, создание медицинских центров, тиражирование высокотехнологичных медицинских услуг.

Требуется создание принципиально новых медицинских центров, способных с учетом достижений медицинской науки и научного потенциала совершить прорыв (качественный скачок) отечественного здравоохранения в области высокотехнологичной медицинской помощи.

Основными функциями, возлагаемыми на данные медицинские центры, должны быть диагностика и лечение нуждающихся в дорогостоящей медицинской помощи граждан, интеграция отечественных и мировых научных разработок в сфере современных медицинских технологий, тиражирование, постановка на поток и продажа на внешнем и внутреннем рынке медицинских услуг и технологий.

Осуществление процессов модернизации здравоохранения потребует дополнительных финансовых ресурсов.

Это связано с тем, что структурные преобразования должны осуществляться только при существенном укреплении материально-технической и кадровой базы здравоохранения.