

Основные направления и изменения в ходе реорганизации системы оказания медицинской помощи населению Российской Федерации

М.М. Бутарева

Major directions and changes in the course of the reorganization of the medical aid system for the population in the Russian Federation

M.M. BUTAREVA

об авторе:

М.М. Бутарева — к.м.н., зав. дневным стационаром ФГБУ «ГНЦДК» Минздравсоцразвития России

Обсуждаются вопросы реорганизации системы здравоохранения в области оказания медицинской помощи населению, произошедшие в Российской Федерации за период 2005—2010 гг.

Ключевые слова: **дневной стационар, круглосуточный стационар, стационарозамещающие технологии, здравоохранение, диспансер, амбулаторно-поликлиническое учреждение, лечебно-профилактическое учреждение, полномочия в сфере здравоохранения, модернизация здравоохранения.**

The article discusses issues of the reorganization of the health care system in the field of medical aid rendered to the population, which occurred in the Russian Federation during the period from 2005 to 2010.

Key words: **daytime inpatient department, 24-hour inpatient department, hospitalization replacement technologies, health care, health center, outpatient and polyclinic institution, medical and preventive treatment institution, authorities in the sphere of health care, modernization of health care.**

■ В Российской Федерации в последние годы осуществляется реструктуризация здравоохранения, ориентированная на повышение экономической эффективности оказания медицинской помощи населению. Ее принципы изложены в отраслевой программе «Повышение структурной эффективности системы здравоохранения Российской Федерации на 2004—2010 годы», в соответствии с которой медико-организационные аспекты реорганизации включают оптимизацию системы медицинского обеспечения населения на основе переноса акцентов с ресурсоемких видов медицинской помощи на экономически более целесообразные:

- из сектора стационарной медицинской помощи в сектор амбулаторно-поликлинической медицинской помощи;
- от специализированной амбулаторной помощи в сектор первичной медико-санитарной помощи (расширение функций первичного звена);
- из круглосуточного стационара в дневной стационар, центр амбулаторной хирургии, стационар на

дому (расширение использования стационарозамещающих технологий);

- из учреждений, оказывающих третичную (высокотехнологическую и дорогостоящую) медицинскую помощь, в учреждения, оказывающие вторичную (специализированную) медицинскую помощь;
- от мелких диагностических подразделений к централизованным службам, способным эффективно использовать дорогостоящую диагностическую технику; от мелких отделений районных больниц к межрайонным центрам специализированной лечебно-диагностической помощи; от мелких разрозненных отделений скорой медицинской помощи к централизованной системе ее оказания [1].

Федеральный закон от 06.10.2003 г. №131-ФЗ «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации» в части перераспределения полномочий различных уровней в обеспечении населения медицинской помощью явился одним из факторов, повлиявшим на структурную реорганизацию системы здравоохранения,

в частности передача специализированных видов помощи из муниципального сектора на региональный уровень [2].

Указанные мероприятия получили дополнительное развитие в рамках реализации приоритетного национального проекта «Здоровье», создавшего ресурсную базу для основного принципа структурной реорганизации.

В период 2006—2010 гг. наблюдается усиленный рост объема инвестиций в здравоохранение. Только в рамках приоритетного национального проекта на развитие отрасли было направлено 786,1 млрд руб. бюджетных средств. Реализация данного проекта потребовала от руководителей региональных органов управления здравоохранением проведения конкретных организационных мероприятий, что интенсифицировало их работу по утвержденным направлениям [3].

На реструктуризацию отрасли повлияли и факторы, связанные с приоритетными направлениями государственной политики в области развития и модернизации здравоохранения, проводимыми в вышеуказанный период.

В зависимости от преобладания приоритетных направлений реализуемых проектов в разные годы происходило ускорение одних и замедление других процессов. Так, 2004 г. ознаменовался усилением оказания медицинской помощи больным в условиях амбулаторно-поликлинического звена здравоохранения, где особое место было отведено врачу общей практики (семейному врачу).

Ускорение развития стационарозамещающих технологий, начиная с 2005 г., повлекло за собой реорганизацию и перепрофилирование участковых больниц с одновременным расширением сети дневных стационаров при больничных и амбулаторно-поликлинических учреждениях (АПУ), а также стационаров на дому.

Наряду с этим с 2006 г. был изменен механизм предоставления гражданам Российской Федерации высокотехнологичной медицинской помощи. Были введены стандарты и рассчитаны нормативы финансовых затрат на оказание высокотехнологичных видов помощи, сформировано государственное задание на оказание этих видов помощи, а также листы ожидания на ее получение в субъектах Российской Федерации.

В соответствии с поручением Президента Российской Федерации в вопросах развития российского здравоохранения в 2006 г. были разработаны механизмы управления отраслью, позволяющие реализовать публичные обязательства государства в сфере здравоохранения, обеспечивающие повышение качества услуг в отрасли по единому стандарту на всей территории Российской Федерации. В рамках пилотного проекта, направленного на повышение качества медицинской помощи, в 2007—2008 гг. была отрабо-

тана методика финансирования медицинских учреждений, ориентированная на конечный результат [4].

По данным официальной государственной статистической отчетности, к 2010 г. наблюдается тенденция к сокращению числа всех типов больничных учреждений. Число медицинских учреждений всех типов по оказанию медицинской помощи населению к 2010 г. по сравнению с 2005 г. уменьшилось в 1,6 раза (рис. 1). В то же время мощность коечного фонда больничных учреждений за этот период снизилась всего лишь на 10,3% (рис. 2). Произошедшие изменения свидетельствуют о перераспределении ресурсов коечного фонда между учреждениями разного типа с сохранением при этом обеспеченности населения круглосуточными койками на прежнем уровне. Реструктуризация медицинских организаций прежде всего коснулась участковых больниц, число которых сократилось в 6,6 раза, что и привело к снижению коечного фонда в данных учреждениях почти в 6 раз.

Продолжается сокращение числа диспансеров (всех профилей), находящихся в ведении муниципальных образований: из 710 учреждений, действовавших в 2005 г., в 2010 г. продолжают функционировать только 92, что соответственно снизило и коечный

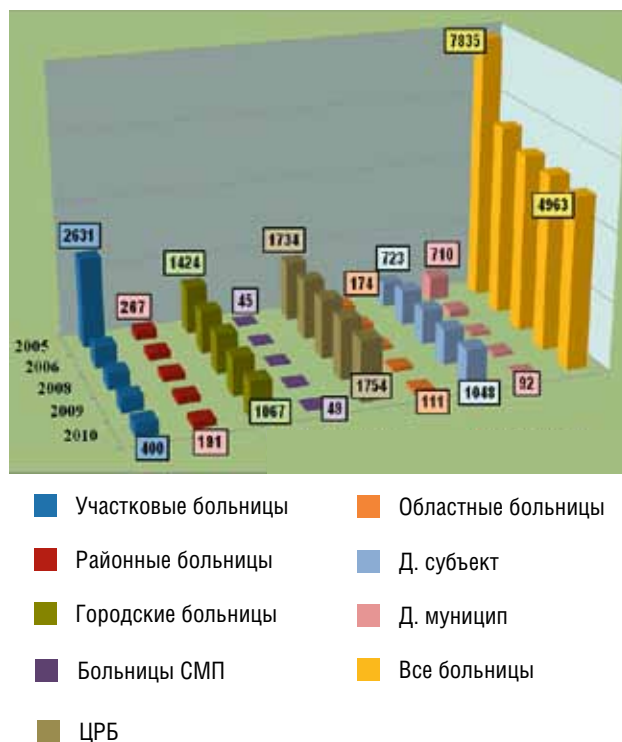


Рис. 1. Число медицинских организаций государственной формы собственности в Российской Федерации (2005—2010 гг.)



- Участковые больницы
- Районные больницы
- Городские больницы
- Больницы СМП
- ЦРБ
- Областные больницы
- Д. субъект
- Д. муницип
- Все больницы

Рис. 2. Коечный фонд медицинских организаций государственной формы собственности в Российской Федерации (2005—2010 гг.)

фонд в этих же лечебно-профилактических учреждениях почти на 100% (92,4%). Одновременно возрастает число субъектов диспансеров всех профилей с увеличением их коечного фонда (2005 г. — 703; 2010 г. — 1048) (табл. 1). Таким образом, можно сделать вывод, что происходит перевод мощностей и объемов оказания медицинской помощи из муниципальных учреждений в ведомство субъектов Российской Федерации.

Приведенные данные соответствуют направлениям государственной политики в социальной сфере, определенным в «Стратегии-2020: новая модель роста — новая социальная политика», и отвечают требованиям Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [5—7].

В результате перераспределения объемов специализированных видов медицинской помощи между медицинскими организациями муниципального и регионального подчинения уменьшилось число больных в медицинских организациях муниципального уровня за счет переключения их потока в региональные медицинские организации, что привело к росту уровня госпитализации и средней длительности лечения в последних (табл. 2).

ТАБЛИЦА 1

Ресурсы здравоохранения Российской Федерации (2005—2010 гг.)

Тип учреждения	Количество учреждений						Количество коек					
	2005 г.	2006 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.	% изменения	2005 г.	2006 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.	% изменения
Все больницы	7835	5521	5198	5084	4963	-36,7	1 394 245	1 376 217	1 311 738	1 278 932	1 250 120	-10,3
Участковые больницы	2631	628	481	438	400	-84,8	62 326	18 133	14 099	12 411	11 160	-82,1
Районные больницы	267	223	205	200	191	-28,5	30 815	26 761	25 700	24 789	24 302	-21,1
Городские больницы	1424	1241	1160	1116	1067	-25,1	393 772	375 860	354 512	344 797	333 097	-15,4
Больницы СМП	45	45	50	50	49	+8,9	26 037	25 353	29 263	28 804	28 622	+9,9
Центральные районные больницы	1734	1748	1749	1752	1754	+1,2	345 086	392 998	363 548	350 087	337 958	-2,1
Областные (краевые, республиканские) больницы	174	179	111	110	111	-36,2	112 925	11 3953	85 571	84 944	85 246	-24,5
Диспансеры: субъектовые	723	1017	1027	1017	1048	+45	92 209	122 265	129 882	129 295	134 452	+45,8
муниципальные	710	223	94	95	92	+87	42 794	10 394	3 803	3 162	3 237	-92,4

ТАБЛИЦА 2

Динамика работы коечного фонда стационаров различных уровней подчинения (2005—2010 гг.)

Показатель	Федеральные			Субъекта РФ			Муниципальные		
	2005 г.	2010 г.	% изменения	2005 г.	2010 г.	% изменений	2005 г.	2010 г.	% изменения
Средняя занятость койки	276	289	+4,7	325	326	+0,3%	314	326	+3,8
Средняя длительность пребывания на койке	16,4	14,7	-10,4	18,9	17,6	-4,3%	11,4	10,4	-8,8
Уровень госпитализации	0,73	0,75	+2,7	6,35	6,81	+7,3%	16,54	14,79	-10,6

Из табл. 2 видно, что перераспределение объемов медицинских ресурсов и объемов оказания стационарной медицинской помощи в период реорганизации произошло в основном за счет муниципальных больниц.

В течение последних 5 лет идет интенсивное перераспределение объемов оказания медицинской помощи из стационарного сектора в амбулаторно-поликлиническое звено (табл. 3).

За период с 2005 по 2010 г. увеличилось число посещений АПУ на одного жителя на 5,6% (рис. 3), число получивших лечение больных и дней лечения в дневных стационарах — на 16,8 и 14,8% соответственно (рис. 4). На фоне этого число госпитализаций в круглосуточные стационары уменьшилось на 0,4%.

Анализ ресурсного обеспечения здравоохранения свидетельствует о наличии позитивного результата реструктуризации системы медицинской помощи, выражающегося в укрупнении и объединении больничных и АПУ здравоохранения. Количество медицинских организаций с 2000 по 2010 г. уменьшилось на 42,6% за счет как больничных учреждений, так и диспансеров, имеющих в своем составе стационарные подразделения (табл. 4).

Следует отметить, что значительное уменьшение числа больничных учреждений (на 42,6%) существен-

но не повлияло на обеспеченность населения больничными койками, число которых за период с 2005 по 2010 г. снизилось на 10,3% и в 2010 г. находится на уровне 88,1 на 10 000 населения (табл. 5).

Резкое снижение (в 1,5 раза) количества самостоятельных АПУ также не уменьшило их мощность, которая сократилась только на 1,8% и составила 228,7 в 2010 г. Такое положение можно объяснить укрупнением медицинских учреждений и перераспределением количества больничных коек между ними.

Аналогичные процессы произошли и со станциями скорой медицинской помощи: несмотря на упразднение 329 станций, объемы оказания скорой медицинской помощи населению в Российской Федерации фактически сохранились на прежнем уровне (см. рис. 3; см. табл. 5).

В настоящее время происходит дальнейшее перераспределение ресурсов и перевод части объемов оказания медицинской помощи из стационарного звена в амбулаторно-поликлинический сектор. В субъектах Российской Федерации в систему здравоохранения успешно внедряются различные формы стационарозамещающих технологий в организации медицинской помощи населению. Идет интенсивное развертывание дневных стационаров при АПУ. За период с 2005 по 2010 г. их количество

ТАБЛИЦА 3

Динамика объемов оказания медицинской помощи больным в условиях АПУ и стационаров (2005—2010 гг.)

Показатель	2005 г.	2006 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.	% изменения
Число посещений АПУ на одного жителя	8,9	9,0	9,4	9,5	9,4	+5,6
Число госпитализаций в круглосуточные стационары (на 100 человек)	22,4	22,2	22,4	22,5	22,3	-0,4
Число пролеченных больных в дневных стационарах при больнице и АПУ	5 121 374,5	5 152 129,0	5 571 462,5	5 713 171,0	5 981 978,0	+16,8
Проведено дней лечения в дневных стационарах при больнице и АПУ	59 765	59 241	63 888	65 184	68 581	+14,8

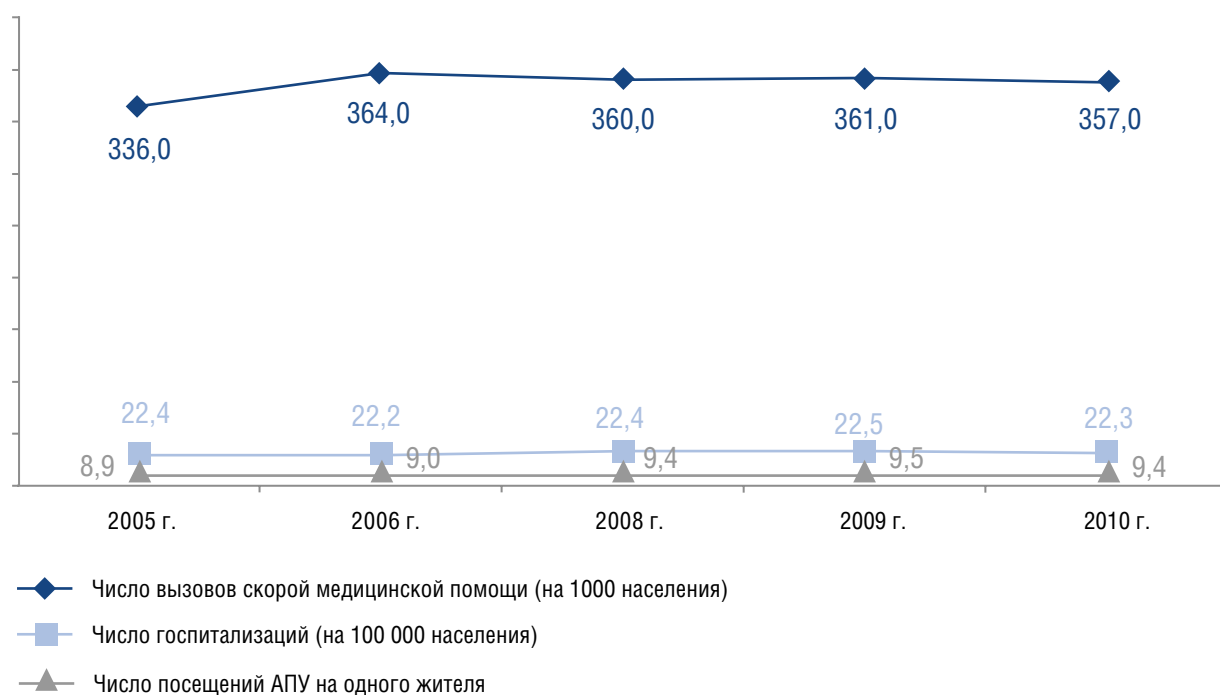


Рис. 3. Объемы оказания скорой медицинской помощи в РФ (в динамике) (2005—2010 гг.)

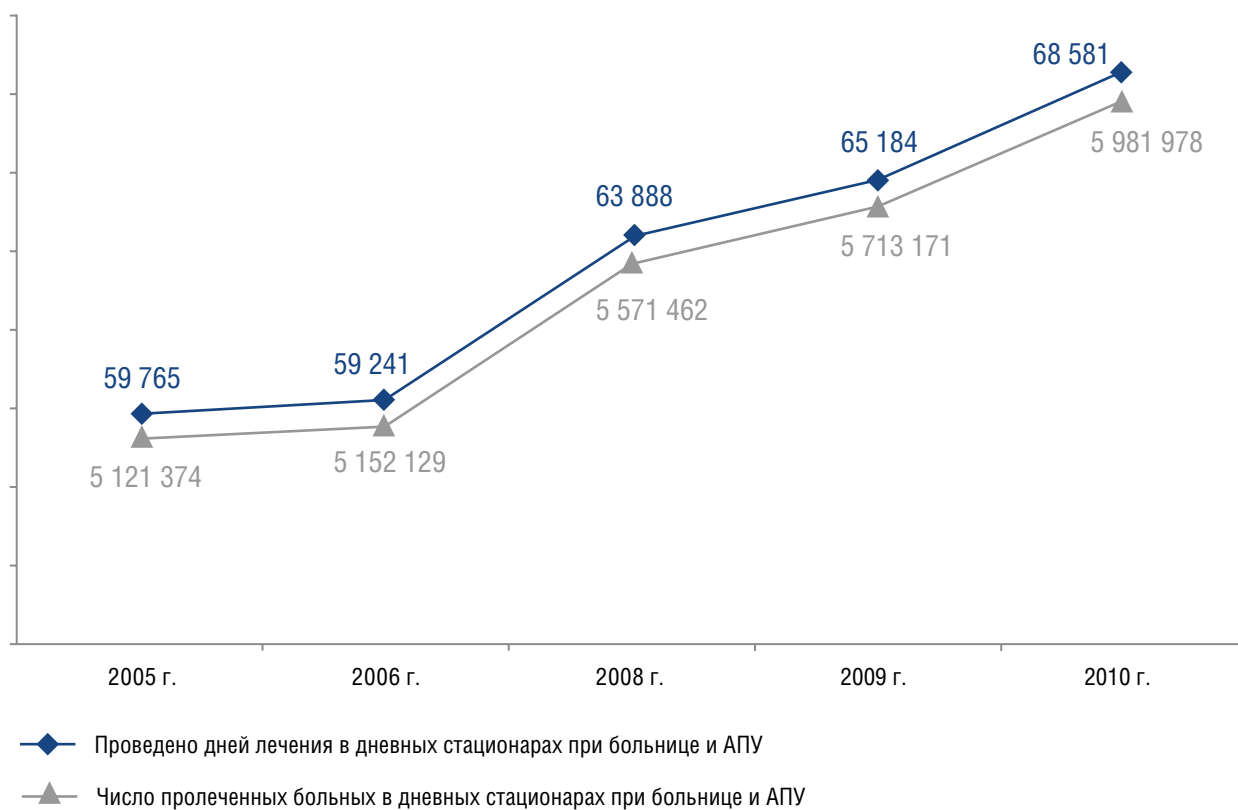


Рис. 4. Число пролеченных больных и дни лечения в дневных стационарах при больнице и АПУ (2005—2010 гг.)

ТАБЛИЦА 4

Ресурсы медицинских организаций Российской Федерации (2000—2010 гг.)

Показатель	2000 г.	2005 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.	% изменения
Количество больничных учреждений	9946	8859	6103	5993	5877	5705	-42,6
из них: больниц	8862	7835	5285	5198	5084	4963	-44,0
диспансеров, имеющих стационары	1084	1024	818	795	793	742	-31,6

ТАБЛИЦА 5

Динамика ресурсного обеспечения здравоохранения в Российской Федерации (2005—2010 гг.)

Показатель	2005 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.	% изменения
Численность коечного фонда	1 394 245	1 350 326	1 311 738	1 278 932	1 250 120	-10,3
Обеспеченность населения круглосуточными койками	98,5	96,4	92,4	91,1	88,1	-10,6
Мощность АПУ (число посещений в смену на 10 000 населения)	232,9	228,2	228,8	228,6	228,7	-1,8
Количество АПУ	16 531	11 148	11 241	11 046	11 314	-31,6
Число врачей (на 10 000 населения)	607,7	616,4	621,8	625,7	625,7	+3
Обеспеченность учреждений здравоохранения врачевскими кадрами (на 10 000 населения)	42,0		43,8	44,1	44,1	+5
Обеспеченность учреждений здравоохранения средним медицинским персоналом (на 10 000 населения)	95,4	94,2	94,1	94,1	93,6	-1,9
Количество станций скорой медицинской помощи (СМП)	3276	3091	3029	2992	2947	-10
Количество бригад СМП	5376	5469	5434	5567	5285	-1,7

увеличилось с 5528 до 6097, что в процентном соотношении составило 10,3% (табл. 6).

Возросла численность коечного фонда дневных стационаров всех типов, количество койко-мест в целом увеличилось с 198 784 в 2005 г. до 219 690 к 2010 г., что в процентном отношении составило 10,5%. При этом мощность коечного фонда дневных стационаров увеличилась в основном за счет коечной мощности дневных стационаров при АПУ, которая в 2010 г. по отношению к 2005 г. увеличилась на 15,2%, а при больничных учреждениях — только на 5,1%.

Обеспеченность населения койко-местами в дневных стационарах с 2005 по 2010 г. увеличилась на 10,7% и составила 15,5 на 1000 населения. Что касается эффективности использования основных ре-

сурсов здравоохранения, то существенных перемен не установлено.

Внедрение стационарозамещающих технологий в практику здравоохранения на фоне сокращения части коек в круглосуточном стационаре позволило снизить среднюю длительность пребывания больного на круглосуточной койке с 15,4 до 12,6 дня (на 18,2%) и увеличить ее работу с 313 до 325 дней в году, не влияя на качество оказания медицинской помощи больному, таким образом повышая эффективность лечебного процесса (табл. 7).

Таким образом, приведенные данные показывают общую тенденцию развития структурной реорганизации отрасли, которая началась в 2004 г. и будет продолжена в долгосрочном периоде до 2020 г. [6]. В этом

ТАБЛИЦА 6
Динамика ресурсного обеспечения дневных стационаров в Российской Федерации (2005—2010 гг.)

Показатель	2005 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.	% изменения
Количество учреждений, имеющих дневные стационары	10 735	10 438	10 646	9945	9128	-15
В том числе: при больницах	5207	4613	4653	4331	3031	-41,8
при АПУ	5528	5825	5993	5614	6097	+10,3
Численность коечного фонда дневных стационаров всех типов	198 784	206 128	207 611	211 607	219 690	+10,5
В том числе: при больницах	—	—	82 499	82 459	84 206	+5,1
при АПУ	—	—	125 112	129 148	135 484	+15,2
Обеспеченность местами в дневных стационарах (на 1000 населения)	14,0	13,9	14,6	14,9	15,5	+10,7

ТАБЛИЦА 7
Динамика показателей, характеризующих интенсивность использования основных ресурсов здравоохранения

Показатель	2000 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.	% изменения
Средняя длительность лечения в стационаре, дни	15,4	13,8	13,6	13,2	13,1	12,8	12,6	-18,2
Работа койки в году	313	318	317	318	322	325	325	+3,8
Число врачей основных специальностей, тыс.	608,7	607,7	—	616,4	621,8	625,7	625,7	+2,8
Число врачей основных специальностей, тыс.	42,2	42,4	—	43,4	43,8	41,1	44,1	+4,5

отношении особенно показателен 2006 г., который стал годом интенсивного объединения и укрупнения учреждений здравоохранения.

Анализ интенсивных показателей деятельности медицинских учреждений продемонстрировал экономическую эффективность проводимых структурных изменений.

Показатели внутриотраслевых ресурсов и объемов оказания медицинской помощи свидетельствуют о позитивном влиянии вышеперечисленных государственных программ и приказов, исполнение которых направлено на повышение экономической эффективности здравоохранения. ■

Литература

1. Структурная реорганизация системы медицинской помощи населению в субъектах Российской Федерации (итоги мониторинга). Аналитический отчет за 2004—2006 г. Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения [электронная база данных].
2. Проект Отраслевой программы «Повышение структурной эффективности системы здравоохранения Российской Федерации на 2004—2010 годы». Министерство здравоохранения Российской Федерации, 2004 г.
3. Федеральный закон от 6 октября 2003 г. № 131-ФЗ «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации».
4. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации».
5. Сборник «Об итогах работы Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации в 2010 г. и задачах на 2011 г.». Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации. Москва, 2011 г., 112 с.

6. Сборник «Ресурсы и деятельность учреждений здравоохранения». Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации. Департамент организации медицинской профилактики, медицинской помощи и развития здравоохранения. Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения за 2005 г. Москва.
7. Сборник «Ресурсы и деятельность учреждений здравоохранения». Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации. Департамент организации медицинской профилактики, медицинской помощи и развития здравоохранения. Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения за 2006 г. Москва.
8. Сборник «Ресурсы и деятельность учреждений здравоохранения». Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации. Департамент организации медицинской профилактики, медицинской помощи и развития здравоохранения. Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения за 2007 г. Москва.
9. Сборник «Ресурсы и деятельность учреждений здравоохранения». Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации. Департамент организации медицинской профилактики, медицинской помощи и развития здравоохранения. Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения за 2008 г. Москва.
10. Сборник «Ресурсы и деятельность учреждений здравоохранения». Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации. Департамент организации медицинской профилактики, медицинской помощи и развития здравоохранения. Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения за 2009 г. Москва.
11. Сборник «Ресурсы и деятельность учреждений здравоохранения». Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации. Департамент организации медицинской профилактики, медицинской помощи и развития здравоохранения. Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения за 2010 г. Москва.