

1. ОБЩЕМЕТОДИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ПЛАНИРОВАНИЮ И РАЗВИТИЮ СЕТИ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

Система планирования и функционирования сети лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) основывается на показателях заболеваемости населения и определении потребности в медицинской помощи. Показатели заболеваемости изучаются по фактической обращаемости за медицинской помощью, по данным статистической отчетности ЛПУ, а также путем постановки специальных научных исследований. Такие исследования, проводившиеся в СССР, базировались на комплексных медицинских осмотрах и экспертных оценках [1–4]. По данным экспертизы определялся целесообразный и возможный объем медицинской помощи исходя из применявшихся в то время медицинских технологий.

Расчеты от числа посещений к должностям врачей-специалистов с использованием плановой функции врачебной должности, от уровня госпитализации и средней длительности пребывания больных в стационаре к числу коек (через оборот койки и плановое число дней работы койки в году) обеспечивали определение так называемых нормативов потребности в медицинской помощи. Эти показатели дифференцировались по видам помощи: амбулаторно-поликлиническая – по врачебным специальностям и больничная – по профилям отделений; по возрастным группам населения (взрослые, дети); по союзным республикам и экономико-географическим районам; по месту проживания (город, село). Разница в этих показателях по территориям была достаточно весомой; так, например, различия в величине норматива больничной помощи детям, выраженного в числе больничных коек на 10,0 тыс. детей, составляли по регионам России более чем 30% [5].

На основе нормативов потребности, официально утверждаемых методическими указаниями или приказами МЗ СССР, и организационных форм работы, рационального распределения объемов помощи по этапам ее оказания планировалась сеть учреждений здравоохранения.

Принципиальные положения планирования сети ЛПУ были сформулированы в конце 1960-х годов [6]. Они состоят в следующем:

- при планировании сети ЛПУ учитываются медико-организационные и градостроительные факторы;
- комплексный подход к развитию сети ЛПУ заключается в пропорциональном развитии всех видов помощи, обеспечении доступной высококвалифицированной медицинской помощи, прежде всего, в амбулаторно-поликлинических учреждениях (подразделениях);

- специализация возможна и необходима только на базе концентрации сил и средств здравоохранения;
- минимальная мощность отделения, в котором может быть оказана полноценная медицинская помощь, должна составлять не менее 30 коек; планирование подразделения с меньшим числом коек приводит к трудностям в оснащенности, укомплектованием кадрами соответствующих специалистов;
- минимальное число должностей для организации амбулаторного приема должно составлять не менее одной должности;
- система медицинского обслуживания по административно-территориальному делению должна быть заменена медицинским районированием; при этом нецелесообразно дублирование специализированных видов медицинской помощи;
- численность медицинского персонала, его квалификация должны быть достаточными не только для оказания лечебно-диагностической помощи, но и для разработки и внедрения новых технологий, проведения консультативной и организационно-методической работы в регионе по соответствующей специальности.

В последующем в эти положения были внесены некоторые дополнения. В частности, при планировании сети ЛПУ рекомендуется применять «коэффициент рассеивания» [7].

Планирование медицинской помощи в современных условиях базируется на нормативно-правовых документах, утверждаемых на федеральном уровне управления здравоохранением, применении единого для всех служб и для всех регионов алгоритма расчета планово-нормативных показателей деятельности ЛПУ территорий.

Перспективное планирование объема медицинской помощи было заменено в 1998 г. на текущее ежегодное планирование, сохранившееся до 2012 г. При этом были введены новые планово-нормативные показатели: «число койко-дней» вместо «числа коек»; «число дней лечения в дневных стационарах», замененных в последующем на «количество пациенто-дней», а также «число вызовов скорой медицинской помощи». С 2013 г. осуществлен переход на трехлетний плановый период и введен новый планово-нормативный показатель – «обращения по поводу заболевания». Утверждаемая Правительством РФ Программа государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи (в дальнейшем – Программа) определяет величину указанных показателей в расчете на 1000 населения и финансовые нормативы по видам помощи.

Дифференциация показателей по профилям коек и врачебным специальностям, а также по возрастному составу населения (кроме скорой медицинской помощи): взрослые (от 18 лет и старше) и дети (0–17 лет), – представлена в Методических рекомендациях по порядку формирования и экономического обоснования территориальных программ, оформляемых в последние годы в виде Информационных писем Минздравсоцразвития, Минздрава России (в дальнейшем – Информационные письма). На основании этих документов и удельного веса взрослых и детей в структуре населения региона в каждой территории разрабатываются планово-нормативные и финансовые показатели.

В рамках этой системы в регионах происходит планирование объема помощи и соответствующей этому объему сети ЛПУ. При этом актуальными и нерешенными остаются вопросы адаптации данных документов к местным условиям, распределения пациентов по уровням и этапам оказания медицинской помощи с учетом современного разграничения полномочий органов власти и необходимости обеспечения населения территории всеми видами доступной и качественной медицинской помощи в соответствии с порядком и стандартами ее оказания.

Существенные изменения в планирование сети ЛПУ региона вносит приказ Минздрава России от 29.12.2012 № 1706 [8]. Указанным документом планируется создание трехуровневой системы оказания медицинской помощи, которая включает:

1-й уровень, обеспечивающий население первичной медико-санитарной помощью, в том числе первичной специализированной медико-санитарной помощью;

2-й уровень – межмуниципальный, для оказания специализированной медицинской помощи преимущественно в экстренной и неотложной форме;

3-й уровень – региональный, для оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи.

Наиболее важны, на наш взгляд, рекомендации по распределению субъектов Российской Федерации с учетом плотности населения на 3 группы:

- 1) с низкой плотностью населения (до 20 чел. на 1 км²);
- 2) со средней плотностью населения (20–80 чел. на 1 км²);
- 3) с высокой плотностью населения (свыше 80 чел. на 1 км²).

При этом рекомендуется применять дифференцированные коэффициенты к нормативам объема медицинской помощи и ее финансовых затрат для территорий, относящихся к разным группам:

- для 1-й группы (с низкой плотностью населения) – от 0,95 до 1,2;