

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ СИСТЕМЫ УПРАВЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Эффективное функционирование системы управления качеством медицинских услуг в РФ определяется основными системообразующими факторами:

- совершенствованием организационной системы, позволяющей обеспечить формирование здорового образа жизни и оказание качественной бесплатной медицинской помощи всем гражданам РФ (в рамках государственных гарантий);
- развитием инфраструктуры и ресурсного обеспечения здравоохранения, включающего финансовое, материально-техническое и технологическое оснащение лечебно-профилактических учреждений на основе инновационных подходов и принципа стандартизации;
- наличием достаточного количества подготовленных медицинских кадров, способных решать задачи, поставленные перед здравоохранением РФ.

Указанные факторы являются взаимозависимыми и взаимоопределяющими, в связи с чем рассмотрим и проанализируем некоторые из них.

Совершенствование организационной системы. С первой половины XX в. по настоящее время в России реализуется двухуровневый принцип построения системы медицинской помощи населению, представленный самодостаточными и мало интегрированными между собой структурами: амбулаторно-поликлинической, скорой и стационарной. В настоящее время медицинская помощь населению Российской Федерации оказывается в 9620 учреждениях здравоохранения, в том числе в 5285 больницах, 1152 диспансерах, 2350 самостоятельных амбулаторно-поликлинических учреждениях, 833 самостоятельных стоматологических поликлиниках.

Первичная медико-санитарная помощь представляет первый этап непрерывного процесса охраны здоровья населения, что диктует необходимость ее максимального приближения к месту жительства и работы людей. Основным принципом ее организации является территориально-участковый. Несмотря на развитую сеть амбулаторно-поликлинических учреждений, существующая система первичной медико-санитарной помощи не способна удовлетворить потребности населения страны и современного общества. Службы, оказывающие первичную медико-санитарную помощь, остаются функционально перегруженными и малоэффективными. Это

связано с: неадекватно высокой численностью населения, прикрепленного к 1 амбулаторному участку (номинально в крупных городах – 1800–2500 человек на 1 участок, фактически – до 4000 человек), что трансформирует функции врача в функции оператора по выписке рецептов на лекарственные препараты в рамках программы дополнительного лекарственного обеспечения; расширенным объемом лечебной работы при острой патологии; длительным временем ожидания приема, неудобным графиком работы государственных и муниципальных амбулаторных учреждений здравоохранения для работающих граждан; отсутствием взаимодействия и преемственности в работе отдельных подразделений первичной медико-санитарной помощи, что приводит к недостаточной эффективности ее работы в целом. Несовершенства в работе амбулаторно-поликлинического звена здравоохранения привели к тому, что скорая медицинская помощь стала самым распространенным видом оказания внегоспитальной медицинской помощи населению страны, взяв на себя часть функций амбулаторно-поликлинического звена.

В настоящее время в РФ скорую медицинскую помощь обеспечивают 3268 станций и отделений, укомплектованные общепрофильными (12603, 31,4 % от общего количества бригад), специализированными (2987; 7,5 %), фельдшерскими (22765; 56,8 %) бригадами и бригадами интенсивной терапии (1 741; 4,3 %). В течение 2013 г. выполнено свыше 48822 тыс. выездов к больным, при этом госпитализировано только 9199 тыс. человек, то есть только каждый 5–6-й вызов заканчивался госпитализацией в стационар. При этом около 1,8 млн. человек ежегодно умирают вне стационаров, а каждый третий госпитализированный больной в угрожающем жизни состоянии поступает в стационар с задержкой более 24 часов, что обусловлено, в том числе, стремлением скорой медицинской помощи осуществлять лечение острых состояний на дому. Таким образом, низкая эффективность профилактической работы первичного звена медицинской помощи, отсутствие системы амбулаторного долечивания и патронажа, а также несовершенство организации работы скорой медицинской помощи привели к тому, что стационарная помощь выступает в качестве основного уровня в системе охраны здоровья населения.

По данным работы стационаров муниципального, субъектового и федерального подчинения, среднегодовая занятость койки в 2013 г. составила 318 дней, средняя длительность пребывания больного в стационаре 13,2 дня. Внедрение стационар-замещающих технологий в деятельность амбулаторно-поликлинической службы позволило увеличить число мест в дневных стационарах на 9 %, с 187,7 тыс. в 2011 г. до 206,2 тыс. в 2013 г.; обеспеченность местами дневных стационаров – на 4,3 % (с 13,9 до 14,5 на 10 тыс. населения соответственно) и уровень госпитализации в дневные стационары – на 5,5 % (с 3,6 до 3,8 на 100 чел. населения соответственно; для сравнения: в 2005 г. – 2,6).

Однако, несмотря на это, уровень госпитализации в круглосуточные стационары остается настолько высоким (22,5 на 100 чел. населения в 2013 г.), что создается значительный дефицит стационарных коек, хотя показатель обеспеченности койками на 1 тыс. населения в РФ составляет 12,4, т. е. соответствует уровню таких развитых стран, как Япония (15,4), Голландия (14,3), Норвегия (11,7), и значительно превышает уровни других развитых стран. Следовательно, объем коечного фонда недостаточен для полного обеспечения населения страны стационарной помощью. Однако существующая в настоящее время организация стационарной помощи не эффективна, что проявляется: неадекватным расширением коечного фонда; высокими показателями нецелесообразной и непрофильной госпитализации; неадекватным увеличением сроков пребывания больного в стационаре и т. д. На сегодняшний день в стране практически отсутствует стройная система восстановительного лечения и реабилитации. Существующие в настоящее время отделения (кабинеты) по восстановительному лечению и реабилитации не соответствуют современным требованиям по оснащению диагностическим и лечебным оборудованием.

Отмечается острая нехватка специализированных кадров реабилитационной службы (врачей и инструкторов ЛФК, физиотерапевтов, логопедов, нейропсихологов, медицинских психологов, трудотерапевтов, социальных работников и др.). Полностью отсутствует необходимая нормативно-правовая база процесса восстановительного лечения и реабилитации. Таким образом, потребности значительной части населения страны в восстановительном лечении и реабилитации не удовлетворяются полностью.

Развитие инфраструктуры и ресурсного обеспечения здравоохранения. Законодательством РФ установлен страховой принцип финансирования медицинской помощи. В 1993 г. в дополнение к бюджетной системе здравоохранения была создана система обязательного медицинского страхования (ОМС), в результате в России сложилась бюджетно-страховая модель финансирования государственной системы здравоохранения. С 1998 г. Правительством РФ

ежегодно принимается Программа государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи, обеспечиваемая за счет средств бюджетной системы РФ. Начиная с 2005 г. Правительством РФ ежегодно утверждаются нормативы финансового обеспечения медицинской помощи на одного жителя (подушевые финансовые нормативы). Расходы на оказание бесплатной медицинской помощи из государственных источников финансирования в 2012 г. составили 897,3 млрд руб. Программа обеспечивалась в отчетном году за счет федерального бюджета, бюджетов субъектов РФ, местных бюджетов (63,4 %) и средств системы ОМС (36,6 %).

Необходимо отметить постоянное снижение доли ОМС в финансовом обеспечении программы государственных гарантий, при этом страхование неработающего населения осуществлялось в отсутствии единых принципов формирования страховых платежей, а остальные источники формирования системы ОМС носили налоговый, а не страховой характер. Это произошло за счет увеличения бюджетного финансирования в рамках приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения. Стоимость базовой программы обязательного медицинского страхования в 2013 г. составляла 328,2 млрд руб. Эти расходы включали статьи на заработную плату с начислениями, медикаменты, мягкий инвентарь, продукты питания, расходные материалы. Субъектами РФ и муниципальными образованиями напрямую осуществлялось финансовое обеспечение деятельности бюджетных учреждений в размере 361,9 млрд руб. При этом из указанных 361,9 млрд руб., 187,2 млрд руб. – ассигнования, подлежащие передаче через систему ОМС, поскольку осуществляются по тем же статьям, которые входят в тарифы ОМС. Кроме того, 111,8 млрд руб. были направлены субъектами РФ и муниципальными образованиями на оплату коммунальных и прочих услуг, содержание имущества, приобретение основных средств. Анализ финансовых показателей реализации территориальных программ государственных гарантий в 2013 г. позволил установить их дефицит в 38 субъектах РФ, который составил 65,4 млрд руб.

Средства системы ОМС доводятся до лечебных учреждений через частные страховые организации (СМО), которые никак не заинтересованы в повышении качества медицинской помощи застрахованным и снижении издержек на ее оказание. Дополнительным каналом поступления средств в лечебно-профилактические учреждения (ЛПУ) являются платные медицинские услуги и программы ДМС. Наличие этих источников, с одной стороны, позволяет ЛПУ (в условиях недофинансирования) получить дополнительные средства для зарплаты сотрудников и текущего содержания ЛПУ, но, с другой стороны (в отсутствие жесткой регламентации этих услуг), приводит к снижению доступности и качества медицинских услуг населению, обслуживаемому по программе государственных гарантий.

Наличие достаточного количества подготовленных медицинских кадров. Как было отмечено выше, эффективное функционирование системы управления качеством медицинских услуг напрямую зависит от кадрового обеспечения ЛПУ и его профессиональной подготовки. В системе здравоохранения в 2013 г. работало 616,4 тыс. врачей и 1 349,3 тыс. среднего медицинского персонала (в 2010 г. – 607,1 тыс. и 1 367,6 тыс.; в 2012 г. – 607,7 тыс. и 1 351,2 тыс. соответственно). Обеспеченность врачами на 10 тыс. населения составила 43,3 (2010 г. – 42,4; 2012 г. – 43,0), средним медицинским персоналом – 94,9 (2010 г. – 95,6; 2012 г. – 95,0). Соотношение врачей и среднего медицинского персонала составляет 1:2,2.

Несмотря на то, что врачей в стране больше на душу населения, чем, в среднем, в развитых странах, качество медицинской помощи и показатели здоровья населения в нашей стране значительно хуже, что свидетельствует о низкой эффективности отечественной системы медицинской помощи, недостаточной квалификации врачей и слабой мотивации их к профессиональному совершенствованию. Кроме того, соотношение между численностью врачей и среднего медицинского персонала в нашей стране значительно ниже, чем в большинстве развитых стран мира, что вызывает дисбаланс в системе оказания медицинской помощи, ограничивает возможности развития служб долечивания, патронажа, реабилитации. Кроме того, наблюдается существенная диспропорция в распределении врачебных кадров: излишняя концентрация их в стационарных учреждениях и нехватка в амбулаторно-поликлинических.

Среди проблем в области управления медицинскими кадрами следует отметить низкую заработную плату медицинских работников, уравнилельные подходы к оплате труда медицинского персонала, низкие социальную защищенность и престиж медицинской профессии, несоответствие федеральных государственных образовательных стандартов высшего и среднего профессионального образования современным потребностям здравоохранения и невысокое

качество преподавания, отсутствие системы непрерывного медицинского образования (НМО), низкую информированность медицинских работников о современных методах диагностики и лечения заболеваний, слабую подготовку управленческих кадров в здравоохранении и медицинском страховании, невысокий профессиональный уровень медицинских работников.