

УДК 614.2; 614.39

DOI 10.24412/2312-2935-2024-4-413-431

ПРЕДПОСЫЛКИ ЦЕНТРАЛИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

Ф.И. Страдымов, В.С. Ступак

ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва

Введение. На современном этапе имеются предпосылки к централизации медицинских организаций на различных её уровнях, с учетом медико-демографической и медико-географической характеристики населения, особенностей административно-территориального деления, наличия транспортной логистики. При этом в каждом регионе такие меры имеют свои региональные особенности, а процесс урбанизации часто приводит к необходимости пересмотра существующей сети медицинских организаций. Формирование трёхуровневых систем оказания медицинской помощи в регионах и совершенствование маршрутизации по профилям оказываемой медицинской помощи – неизбежный процесс достижения целевых показателей национальных проектов. Нарастающая технологичность сферы здравоохранения, приводящая к удорожанию создания условий оказания специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи, обуславливает необходимость концентрации инфраструктуры и ресурсов, включая медицинское оборудование и кадры. В данной статье рассмотрены варианты централизации медицинских организаций, проведенной в субъектах Российской Федерации, и сформулированы основные их направления.

Цель: изучить литературные данные и региональные практики о централизации медицинских организаций в современных условиях.

Материалы и методы исследования. Проведен анализ литературных данных и нормативно-правовых актов, изучены региональные практики, посвященные вопросам централизации медицинских организаций в субъектах Российской Федерации, а также подходам к централизации ресурсов здравоохранения при оказании первичной медико-санитарной, специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи. Для анализа были использованы данные формы федерального статистического наблюдения №30 «Сведения о медицинской организации» в Российской Федерации.

Результаты исследования. В ходе рассмотрения примеров создания районных, межрайонных и региональных медицинских организаций были сформулированы основные направления объединения медицинских организаций, реализованные в различных субъектах Российской Федерации.

Обсуждение. В настоящий момент в большинстве регионов происходят процессы объединения медицинских организаций на фоне происходящей трансформации систем здравоохранения в современных условиях, для чего существуют объективные потребности и предпосылки совершенствования нормативно-правового регулирования и изучения регионального опыта и достигнутых результатов, происходящих изменений в субъектах Российской Федерации. Принять решения о проведении централизации медицинских организаций на уровне органа исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья требует взвешенного и научно-обоснованного подхода, так как

затрагивает целый ряд направлений и влияет на формирование политической и социально-экономической повестки в регионе.

Заключение. Направление централизации медицинских организаций представляет интерес для дальнейшего изучения, поскольку обладает актуальностью и потенциалом по совершенствованию организации медицинской помощи населению, тесно связана с необходимостью создания оптимальных схем маршрутизации пациентов по профилям оказания медицинской помощи, а также является смежными с вопросами территориального планирования в здравоохранении, управления финансовыми и кадровыми ресурсами, распределением объёмов медицинской помощи и в конечном итоге способствует совершенствованию доступной и качественной медицинской помощи населению.

Ключевые слова: медицинская организация; централизация; межрайонная; межмуниципальная; межтерриториальная; объединения; региональные практики

PREREQUISITES FOR CENTRALIZATION OF MEDICAL ORGANIZATIONS IN MODERN CONDITIONS

F.I. StradymovI, V.S. Stupak

Russian Research Institute of Health, Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow

Introduction. At the present stage there are prerequisites for the centralization of medical organizations at its various levels, taking into account the medical-demographic and medical-geographical characteristics of the population, the peculiarities of administrative-territorial division, and the availability of transport logistics. At the same time, in each region such measures have their own regional peculiarities, and the process of urbanization often leads to the need to revise the existing network of medical organizations. Formation of three-level systems of medical care in the regions and improvement of routing by profiles of medical care is an inevitable process of achieving the targets of the national projects. The increasing technological sophistication of the health care sector, which leads to an increase in the cost of creating conditions for the provision of specialized and high-tech medical care, necessitates the concentration of infrastructure and resources, including medical equipment and personnel. This article considers the options of centralization of medical organizations carried out in the constituent entities of the Russian Federation and formulates their main directions.

Purpose: To examine the literature and regional practices on the centralization of health care organizations in the current context.

Materials and methods of research. Literary data and normative-legal acts were analyzed, regional practices devoted to the issues of centralization of medical organizations in the subjects of the Russian Federation, as well as approaches to the centralization of health care resources in the provision of primary health care, specialized, including high-tech medical care were studied. The data of the federal statistical observation form No. 30 "Information about the medical organization" in the Russian Federation were used for the analysis.

Research results. In the course of reviewing the examples of creation of district, inter-district and regional medical organizations, the main directions of unification of medical organizations implemented in different subjects of the Russian Federation were formulated.

Discussion. At the moment in most regions there are processes of consolidation of medical organizations against the background of the ongoing transformation of health care systems in modern

conditions, for which there are objective needs and prerequisites for improving the normative-legal regulation and studying the regional experience and achieved results, changes taking place in the subjects of the Russian Federation. Making decisions on the centralization of medical organizations at the level of the executive authority of the subjects of the Russian Federation in the field of health protection requires a balanced and scientifically sound approach, as it affects a number of areas and affects the formation of political and socio-economic agenda in the region.

Conclusion. The directions of centralization of medical organizations are of interest for further study, because they have relevance and potential to improve the organization of medical care for the population, are closely related to the need to create optimal schemes of patient routing by profile of medical care, and are related to the issues of territorial planning in health care, management of financial and human resources, distribution of the volume of medical care and ultimately contribute to the improvement of the quality of medical care.

Keywords: medical organization; centralization; interdistrict; intermunicipal; interterritorial; associations; regional practices

Введение. На современном этапе имеются предпосылки к централизации медицинских организаций на различных её уровнях с учетом медико-демографической и медико-географической характеристики населения, особенностей административно-территориального деления, наличия транспортной логистики.

Гарантии доступности медицинской помощи гражданам Российской Федерации закреплены нормативными правовыми актами о бесплатном оказании медицинской помощи и являются конституционными (Статья 41 «Конституции Российской Федерации», принята всенародным голосованием 12.12.1993 с изменениями, одобренными в ходе общероссийского голосования 01.07.2020). При этом доступность первичной медико-санитарной помощи, скорой и специализированной, включая высокотехнологичную медицинскую помощь, для граждан является ключевым фактором достижения Национальной цели по увеличению к 2030 г. ожидаемой продолжительности жизни до 78 лет, согласно Указу Президента Российской Федерации от 21.07.2020 г. №474 «О национальных целях развития Российской Федерации на период до 2030 года».

Статьей 10 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» определены критерии доступности населению медицинской помощи, в том числе соблюдением принципа её приближенности к месту жительства, работы или обучения. Критерии доступности и обеспеченности медицинскими организациями также отражены в Приказе Министерства здравоохранения РФ от 27.02.2016 №132н «О Требованиях к размещению медицинских организаций государственной системы здравоохранения и муниципальной системы здравоохранения исходя из потребностей

населения» (далее – Приказ №132н). Значительная часть вопросов территориальной доступности медицинских организаций рассмотрена в методических рекомендациях «Территориальное планирование региональных систем здравоохранения» (принятые Ученым советом ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, протокол №10 от 26.10.2023), позволяющих выявить территории, на которых не обеспечивается доступность медицинской помощи для населения.

Для повышения доступности медицинской помощи и повышения эффективности региональных систем здравоохранения по рекомендациям Минздрава России (Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29.12.2012 №1706 «Об утверждении методических рекомендаций по разработке органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации планов мероприятий («дорожных карт») «Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения в субъекте Российской Федерации») органами исполнительной власти субъектов разрабатываются дорожные карты повышения эффективности, в структуре которых основным направлением преобразований является организация трехуровневых систем оказания медицинской помощи.

Первый уровень, обеспечивающий оказание первичной медико-санитарной помощи, организовывается на уровне муниципального образования (муниципального района, муниципального округа, городского округа, городского или сельского поселения, внутригородского района либо территории), в приближении к месту проживания обслуживаемого населения.

Второй уровень, предназначенный для оказания специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по широкому перечню профилей медицинской помощи и состояний формируется на межрайонном уровне. Третий уровень, для оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, организовывается на региональном уровне. Таким образом, формирование трёхуровневых систем регионального здравоохранения требует централизации на межрайонном и региональном уровне.

Необходимость эффективно использовать ресурсы оказания медицинской помощи в стационарных условиях, также диктует необходимость концентрации инфраструктуры и ресурсов здравоохранения, включая медицинское оборудование и кадры. Демографические вызовы, в частности старение населения, сокращение численности населения в сельской

местности и малых городах, приводят к необходимости к перепрофилированию коек или реорганизации медицинских организаций.

Обращает на себя внимание, что при наличии системных предпосылок к централизации, а также распространённость таких практик требуется проведение научных исследований для оценки их результативности. В данной статье рассмотрены варианты централизации, проведенные в субъектах Российской Федерации, сформулированы особенности реализации таких мер на региональном уровне.

Цель: изучить литературные данные и региональные практики о централизации медицинских организаций в современных условиях.

Методы и материалы исследования. Проведен анализ литературных данных и нормативно-правовых актов, изучены региональные практики, посвященные вопросам централизации медицинских организаций в субъектах Российской Федерации, а также подходам к централизации ресурсов здравоохранения при оказании первичной медико-санитарной, специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи. Для анализа были использованы данные формы федерального статистического наблюдения №30 «Сведения о медицинской организации» в Российской Федерации.

Результаты исследования. Федеральный закон от 06.10.2003 №131-ФЗ «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации» (далее – Федеральный закон №131-ФЗ) даёт определение терминам: муниципальный район (несколько поселений или поселений и межселенных территорий, объединенных общей территорией); муниципальный округ (несколько объединенных общей территорией населенных пунктов, не являющихся муниципальными образованиями); муниципальное образование (обобщающее понятие, включающее городское или сельское поселение, муниципальный район, муниципальный округ, городской округ, городской округ с внутригородским делением, внутригородской район либо внутригородская территория города федерального значения). С момента выхода Федерального закона от 01.05.2019 №87-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации», вносящего дополнения в Федеральный закон №131-ФЗ, началось преобразование муниципальных районов в муниципальные округа.

Поскольку к началу 2024 г. не во всех субъектах Российской Федерации муниципальные районы преобразованы в муниципальные округа, а муниципальные образования не конкретизируют структуру населения, таким образом, ни термин

«межмуниципальные» ни термин «межрайонные» не применимы при характеристике медицинских организаций, оказывающих помощь населению нескольких муниципальных образований, включающих городские или сельские поселения, муниципальные районы, муниципальные округа, городские округа и округа с внутригородским делением. Поэтому в тексте данной статьи применяться термин «межрайонные», предусматривающий наличие подхода к организации здравоохранения вне крупных городов, без характеристики муниципальных образований, населению которых оказывается медицинская помощь.

Предпосылки централизации медицинских организаций

Доступность медицинской помощи в соответствии с территориальными программами государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее – ТППГ) снижается в ситуациях, когда объемы оказываемой медицинской помощи недостаточны для введения полных ставок врачей-специалистов, особенно в сельской местности. Привлечение внешних совместителей на 0,25 или 0,5 ставки вне крупных городов представляет проблему, поскольку такому специалисту требуется иметь и основное место работы, поэтому часто в сельских районах и малых городах отсутствуют врачи-специалисты узких профилей.

Как следствие, в организациях с малым числом обслуживаемого населения часто избыточен либо коечный фонд, либо штаты, что приводит к убыточности стационарных подразделений и снижает финансовую устойчивость организаций в виде роста просроченной кредиторской задолженности [1].

Помимо сложности в привлечении медицинских работников, в последние годы сложности вызывает и потребность медицинских организаций в высококвалифицированных немедицинских кадрах, например системных администраторов и юрисконсультах, специалистах по связям с общественностью и специалистах по кадрам. В крупных межрайонных медицинских организациях можно убедительнее обосновать штат немедицинских работников и обеспечить функционирование территориально-выделенных структурных подразделений (далее – ТВСП), а в конечном итоге снизить издержки и обеспечить эффективное функционирование структурных подразделений и медицинской организации в целом.

Необходимость в централизации медицинских организаций и создании межрайонных подразделений появляется при нарастающей технологичности сферы здравоохранения [2]. Обеспечение комплексной инструментальной диагностики, внедрение новых методов лечения

и потребность в полном спектре лабораторных исследований повышают запросы в приобретении сложного оборудования и его обслуживании. В этой ситуации простой оборудования, при недостаточной интенсивности оказания медицинских услуг, является нерациональным использованием ресурсов здравоохранения. Крупные медицинские организации, оптимизируя издержки, организуют централизованные диагностические подразделения, позволяющие интенсифицировать работу оборудования.

В сельской местности и малых городах распространена ситуация, когда маломощные стационарные подразделения, призванные обеспечить доступность специализированной медицинской помощи населению, напротив, снижают её, поскольку не обеспечивают занятость коек и оплата незагруженных работников истощает малые объёмы финансирования, не позволяя оказывать полноценную медицинскую помощь в надлежащих условиях [3].

Создание межтерриториальных центров и отделений, оказывающих специализированную медицинскую помощь в стационарных условиях, в полной мере соответствует современным вызовам, стоящим перед системами регионального здравоохранения [4].

Развитие цифровизации здравоохранения и применение цифровых инструментов [5, 6], например, при организации референс-центров и телемедицинских консультаций, обуславливают требования к функционалу медицинских информационных систем, программному и аппаратному обеспечению. Обновление цифрового оборудования и программного обеспечения доступнее межрайонным медицинским организациям, что диктует необходимость объединения медицинских организаций с малым числом прикрепленного населения, где цифровая зрелость зачастую остаётся низкой, а цифровое оборудование устаревшим.

Исходя из перечисленных проблем при оказании доступной, качественной и безопасной медицинской помощи, сегодня активно применяются организационные меры, характеризующиеся объединением медицинских организаций или их отдельных служб с централизацией вокруг основной организации или подразделения. Однако технические и правовые стороны реорганизаций раскрыты в действующих нормативных правовых актах недостаточно [7], что придает мерам по объединению медицинских организаций дополнительную сложность.

Правовые основы централизации медицинских организаций в сфере здравоохранения

В Российской Федерации сложилась система сложного правового регулирования, включающая нормативные правовые акты, создающие неопределенность в вопросах реорганизации медицинских организаций. Краткое содержание основных нормативных правовых актов, регулирующих положение учреждений здравоохранения, представлены далее в таблице 1.

Таблица 1

Нормативные правовые акты, регулирующие правовое положение организаций, применительно к их реорганизации

<i>№</i>	<i>Наименование</i>	<i>Краткое содержание, применительно к реорганизации</i>
1.	Федеральный закон от 30.11.1994 №51-ФЗ «Гражданский кодекс Российской Федерации» (далее – ГК РФ)	Содержит базовые положения и дефиниции, включая формы, ограничения, особенности для отдельных организаций и отдельные элементы этапности реорганизации.
2.	Федеральный закон от 12.01.1996 №7-ФЗ «О некоммерческих организациях»	Освещены вопросы реорганизации медицинских организаций, в частности в отношении федеральных, бюджетных, казенных и муниципальных учреждений здравоохранения.
3.	Федеральный закон от 19.05.1995 №82-ФЗ «Об общественных объединениях»	Регулирует особенности правового положения общественных учреждений.
4.	Федеральный закон от 03.11.2006 №174-ФЗ «Об автономных учреждениях»	Предусматривает особенности правового положения государственного автономного учреждения.

Согласно статье 57 ГК РФ реорганизация юридического лица может быть проведена в форме слияния, присоединения, разделения, выделения или преобразования. При реорганизации в форме слияния и присоединения итоговое число юридических лиц организаций будет снижаться, при разделении и выделении – увеличиваться, при реорганизации в форме преобразования – оставаться без изменений.

Допускается реорганизация юридического лица с одновременным сочетанием различных форм, что актуально в сфере здравоохранения для передачи отдельных подразделений в подчинение другой организации и централизации служб. Примером может служить централизация региональной онкологической службы в Тульской области в 2022 г., при которой центры амбулаторной онкологической помощи были выделены из структуры районных больниц и иных медицинских организаций, а затем включены в структуру регионального онкологического диспансера. Таким образом, в отношении районных больниц

была проведена реорганизация в форме выделения, а в отношении онкологического диспансера реорганизация в форме присоединения.

В Тульской области централизована и служба скорой медицинской помощи, а полученная региональная единая структура демонстрирует в 2022 г. позитивные результаты по своевременным доездам (20 минут) до места вызова скорой помощи: на острые коронарные синдромы – 98,0%; на острые нарушения мозгового кровообращения – 97,8%; на дорожно-транспортные происшествия – 99,6%.

Важно отметить, что нормативно-правовые требования обуславливают, что для государственных учреждений невозможно преобразование, а другие формы их реорганизации не могут вести к возникновению иных организационно-правовых форм организаций. Таким образом, государственные учреждения не могут участвовать в реорганизации совместно с организациями иных организационно-правовых форм.

При этом практикуется централизация отдельных направлений деятельности в системе здравоохранения: создание референс-центров по методам лучевой диагностики; клиническая лабораторная диагностика; создание единых экономических и бухгалтерских служб медицинских организаций, централизация кадровых подразделений и служб подбора персонала.

В современных условиях высокая потребность в специалистах, обладающих компетенциями по юриспруденции в сфере здравоохранения, обуславливая целесообразность централизации юридических служб. Аналогичный подход возможен и в отношении ит-служб, объединяющих специалистов в сфере информационных технологий, защиты информации, системных администраторов, техников, программистов и прочих.

Реорганизация учреждений здравоохранения в форме слияния или присоединения, то есть со снижением числа юридических лиц, сохраняет социальное и репутационное значение для системы здравоохранения. Количество юридических лиц медицинских учреждений не является значимым в доступности медицинской помощи, но снижение числа самостоятельных юридических лиц становится социально чувствительным мероприятием и должно проводиться с подготовительным этапом, предусматривающим работу как в среде медицинских работников, так и среди населения.

Централизацию медицинских организаций в сфере здравоохранения можно разделить по масштабу изменений на различных уровнях: район, межрайонный, городской и региональный, далее они будут рассмотрены в отдельности.

На уровне района

Районные централизации характеризуются слиянием медицинских организаций, расположенных в одном муниципальном образовании региона. Районная модель организации медицинской помощи складывалась исторически и была представлена самостоятельными юридическими лицами учреждений различного типа: городскими больницами и поликлиниками, районными больницами и поликлиниками, женскими консультациями, участковыми больницами и иными медицинскими организациями.

В настоящий момент инфраструктура здравоохранения сельской местности и малых городов чаще всего централизована, и медицинская помощь населению оказывается в условиях подразделений районных и центральных районных больниц. Так, в Липецкой области в 18 районах оказывают медицинскую помощь населению 18 самостоятельных юридических лиц медицинских организаций, районных и центральных районных больниц [**Ошибка! Источник ссылки не найден.**].

В Омской области в 32 районах оказывают медицинскую помощь населению 32 центральные районные больницы, а районные и участковые больницы отсутствуют. При этом суммарное число медицинских организаций в Омской области составляет 109, то есть 77 из них сконцентрированы в г. Омске [**Ошибка! Источник ссылки не найден.**].

Как видно из приведенных сведений, в сфере здравоохранения объединение медицинских организаций активно производится в сельской местности и малых городах, что обусловлено, в числе прочего, нецелесообразностью содержать множество административно-управленческих аппаратов учреждений здравоохранения в одном районе.

Таким образом, можно сформулировать особенность централизации в районном формате: такие меры производятся преимущественно в малых городах и сельской местности, а не в региональных центрах и крупных городах, что связано со снижающейся численностью прикрепленного населения и объемами медицинской помощи, приводящими к нерациональному использованию финансовых ресурсов, а также к изменению маршрутизации пациентов при формировании трехуровневой системы оказания медицинской помощи в регионах, в целях обеспечения доступной и качественной медицинской помощи в соответствии с утвержденными порядками и стандартами.

Межрайонный уровень

Межрайонные централизации медицинских организаций чаще всего характеризуются объединением последних с ТВСП, расположенными в различных муниципальных

образованиях региона, вне городов. Примером межрайонных реорганизаций являются объединения центральных районных и районных больниц, участковых больниц и поликлиник в муниципальных округах и малых городах, с реорганизацией в форме присоединения к центральной районной больнице или иной крупной организации в районном центре. Кроме того, в межрайонном формате встречается организация работы подразделений по отдельным профилям, например, в Воронежской области урологическая служба реорганизована с созданием межрайонных урологических центров [8].

Не только в Российской Федерации, но и в странах СНГ общепринято создание межрайонных подразделений для работы с кардиологическими больными [11] – первичных сосудистых отделений для больных с острым коронарным синдромом.

Централизация в межрайонном формате осуществляется исходя из возможности сохранения времени доезда до медицинской организации 60 минут в случае оказания экстренной медицинской помощи, и 120 минут в случае оказания неотложной медицинской помощи, предусмотренных Приказом №132н. Это позволяет сформулировать особенность централизации, заключающуюся в том, что такие меры в отношении медицинских организаций чаще всего проводятся в рядом расположенных муниципальных образованиях с хорошим транспортным сообщением.

Численность населения упомянутой выше Липецкой области на 01.01.2022 составляла 1 113,7 тыс. человек, из которых 496,4 тыс. человек проживали в г. Липецке. В каждом районе Липецкой области расположены районные и центральные районные больницы, при этом численность населения семи муниципальных районов Липецкой области не превышает 20 тыс. человек, что не соответствует Приказу №132н, который рекомендует районной больнице обслуживать население от 20 до 100 тыс. человек. Описанная ситуация создает предпосылки к дальнейшему объединению медицинских организаций региона и созданию межрайонных медицинских организаций или структурных отделений.

Аналогичные тенденции наблюдаются и в Омской области, численность населения которой на 01.01.2022 г. составляла 1 879,5 тыс. человек, из которых 1 126,2 тыс. человек проживало в г. Омске, а население 17 муниципальных районов не превышает 20 тыс. человек с тенденцией к снижению в последние годы. При этом медицинскую помощь населению оказывают центральные районные больницы в каждом районе.

Такие предпосылки уже приводят к объединению медицинских организаций, расположенных в различных муниципальных образованиях. Например, в Тульской области не

менее трех медицинских организаций оказывают медицинскую помощь жителям нескольких муниципальных округов, в Амурской области также функционируют две межрайонные больницы, в г. Свободный и г. Белогорске.

Уровень города и городского округа

Централизации медицинских организаций в городах с реорганизацией государственных медицинских учреждений повсеместно проводится с целью оптимизации систем здравоохранения внутригородских и городских округов, а также с целью повышения доступности, качества и безопасности медицинской помощи. Распространенным примером реорганизации в городах является слияние амбулаторно-поликлинических учреждений с образованием городских поликлиник с прикрепленным населением в нескольких внутригородских округах.

В настоящий момент большинство учреждений здравоохранения, которые оказывали медицинскую помощь жителям районов вокруг крупных городов, а в настоящий момент городских округов, в различных формах реорганизованы, поскольку в них отсутствует целесообразность, если население городского округа (а ранее муниципального района, соседствующего с городом) получает специализированную и высокотехнологичную помощь в городе, используя для этого городскую инфраструктуру здравоохранения.

В городах широко распространена централизация судебно-медицинских служб, с формированием межрайонных подразделений [12], поскольку для таких учреждений здравоохранения шаговая доступность и близость к месту проживания не имеют значения. Создаются межрайонные центры родовспоможения [13], которые помимо городского населения принимают рожениц из городских округов и близлежащих муниципальных округов.

Имеются данные и об эффективности централизации лабораторных служб [14], которые позволяют рациональнее использовать анализаторы и приборы за счет увеличения их загруженности в течение рабочего дня, снизить число заборов и объемов материала от пациента за счет исключения дублирующих исследований, обеспечить условия для внесения всех результатов исследований в единую информационную систему. Централизация лабораторных служб в региональном формате может быть не реализована из-за невозможности ежедневной доставки материала из периферийных учреждений здравоохранения, то в городском и межрайонном формате такие централизации весьма целесообразны.

Важно отметить, что процессы централизации отдельных служб здравоохранения и объединения медицинских организаций в городах не завершены, и сегодня не является редкостью расположение нескольких независимых медицинских организаций первого уровня на территории одного городского муниципального образования.

Например, в г. Санкт-Петербурге сохраняются шесть самостоятельных женских консультаций, из восьми оставшихся в Российской Федерации. Женщинам нужна комплексная медицинская помощь, а беременным – непрерывное наблюдение, поэтому самостоятельная медицинская организация в виде женской консультации является рудиментарным явлением, а большинство женских консультаций являются подразделениями стационарных и амбулаторно-поликлинических медицинских организаций.

Следует отметить, что пример сохранения женских консультаций в г. Санкт-Петербург не обошел вопросы централизации, поскольку в одно юридическое лицо женской консультации были объединены учреждения, оказывающие медицинскую помощь одного уровня в идентичных условиях, то есть одно юридическое лицо женской консультации объединило несколько ТВСП, выполняющих функции женских консультаций. Подобная централизация встречается и в других видах медицинских организаций, например в г. Владивостоке ГБУЗ «Владивостокская поликлиника № 9» были присоединены еще три бывшие самостоятельные поликлиники, образовав единое юридическое лицо с четырьмя ТВСП.

Характерно, что при районных, межрайонных и городских реорганизациях чаще проводят слияния медицинских организаций.

Уровень региона Российской Федерации

На уровне региона РФ процессы централизации происходят с объединением медицинских организаций или их структурных подразделений, охватывающих большинство аналогичных служб региона. Распространённым примером региональной реорганизации является присоединение районных станций скорой медицинской помощи к региональному центру скорой медицинской помощи (или центру медицины катастроф), реализованное во многих субъектах Российской Федерации.

Приказ №132н рекомендует размещение различных видов медицинских организаций с учетом численности обслуживаемого населения, но для таких видов медицинских организаций, как диспансеры (психоневрологический, наркологический, кожно-венерологический, противотуберкулезный, онкологический), инфекционные больницы,

региональные больницы и детские региональные больницы (краевые, республиканские, областные, окружные, детская краевая) рекомендуется не менее одной организации на субъект, без привязки к числу обслуживаемого населения. Таким образом, Приказ №132н предусматривает централизацию медицинских организаций на региональном уровне.

В Липецкой области в число региональных учреждений здравоохранения входят психиатрическая больница, наркологический диспансер, онкологический диспансер, перинатальный центр, противотуберкулезный диспансер, бюро судебно-медицинской экспертизы, кожно-венерологический диспансер, центр скорой помощи и медицины катастроф и прочие организации. Таким образом, часть служб оказания медицинской помощи в Липецкой области централизована в государственных учреждениях здравоохранения, в таких учреждениях организованы филиалы, региональный статус организаций отражен в наименованиях учреждений.

Первостепенным фактором объединения медицинских организаций является потребность населения в оказании медицинской помощи по профилю, вокруг которого и происходят процессы централизации. Такая потребность, как и в случае с централизацией здравоохранения в муниципальных округах и малых городах, чаще всего возникает при недостаточных объемах медицинской помощи и (или) недостаточной управляемости системы оказания медицинской помощи по профилю.

Это позволяет сформулировать основные направления централизации медицинских организаций в масштабе региона, которая заключается в том, что объединения проводятся вокруг службы оказания медицинской помощи или «якорной» медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь населению по отдельным профилям.

Обсуждение. На современном этапе имеются предпосылки к централизации медицинских организаций на различных её уровнях, с учетом региональных особенностей.

Рассмотрены варианты создания централизованных структур здравоохранения, объединения медицинских организаций или их подразделений для определения основных направлений централизации и их характеристики. Описаны существующие проблемы и особенности реорганизаций медицинских организаций в различных формах. Приведены региональные практики объединения медицинских организаций, отдельно взятых подразделений и служб, которые свидетельствуют о трансформации систем здравоохранения в современных условиях и в зависимости от выраженности отдельных факторов приведенных

в статье: меняющейся численности населения, обеспеченности доступной и качественной медицинской помощи, в зависимости от территориальной доступности и других.

Как видно из данного исследования, в большей части субъектов Российской Федерации происходят процессы централизации и объединения медицинских организаций, которые требуют обновления существующих нормативно-правовых актов и принятия проработанных и поэтапных мер организационного характера. Имеющиеся литературные данные о мерах по централизации медицинских организаций говорят об их эффективности, однако изученность результативности таких мер недостаточна и требует проведения прикладных научно обоснованных исследований и внедрение их в региональные системы здравоохранения

Заключение. Направление централизации медицинских организаций представляет интерес для дальнейшего изучения, поскольку обладает актуальностью и потенциалом по совершенствованию организации медицинской помощи населению, тесно связана с необходимостью создания оптимальных схем маршрутизации пациентов по профилям оказания медицинской помощи, а также является смежными с вопросами территориального планирования в здравоохранении, управления финансовыми и кадровыми ресурсами, распределением объёмов медицинской помощи и в конечном итоге способствует совершенствованию доступной и качественной медицинской помощи населению.

Список литературы

1. Воробьев С.П. Дифференциация медицинских организаций сельских территорий Алтайского края по объемам финансирования. Ученые записки Алтайского филиала Российской академии народного хозяйства при Президенте Российской Федерации. 2021;19 (19):62-67
2. Цкипури Ю.И., Кича Д.И., Белявский А.Р. Современные вопросы развития технологичности стационарной помощи. Вестник новых медицинских технологий. 2009;16(4):139-140
3. Руголь Л.В., Сон И.М., Стародубов В.И. и др. Проблемы организации стационарной медицинской помощи и подходы к ее модернизации. Социальные аспекты здоровья населения. 2020;66(1):1
4. Страдымов Ф.И., Ступак В.С., Люцко В.В. Организация межтерриториальных центров и отделений, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях.

Аналитический обзор. Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. 2024;3:803-820. doi: 10.24412/2312-2935-2024-3-803-820

5. Морозова Ю.А. Цифровая трансформация российского здравоохранения как фактор развития отрасли. Интеллект. Инновации. Инвестиции. 2020;(2):36-47
6. Рик О.Е., Киселева Н.А., Проблемы лицензирования при реорганизации юридических лиц. Аспирант. Приложение к журналу Вестник Забайкальского государственного университета. 2020;14(2):95-98
7. Габов А.В. Реорганизация учреждения. Вестник Арбитражного суда Московского округа. 2020;1:80-101
8. Стиль APA (2024). Доступно по адресу: http://ofoms48.ru/info/reestr_mo (дата обращения: 9 августа 2024 года)
9. Стиль APA (2024). Доступно по адресу: www.ffoms.gov.ru/documents/registry МО ?region=363 (дата обращения: 9 августа 2024 года)
10. Есауленко И.Э., Золотухин О.В., Кочетов М.В. и др. Анализ операционной активности межрайонных урологических центров как показатель модернизации урологической службы Воронежской области. Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2019;13(1):82-89
11. Побиванцева Н.Ф. Опыт организации работы межрайонных кардиологических центров на примере Брестской области. Вопросы организации и информатизации здравоохранения. 2020;(103):9-16
12. Любина Т.А., Белоусова О.В., Толмачева С.К. и др. Анализ работы по исследованию трупов на примере Шегарского межрайонного отделения ОГУЗ БСМЭТО за 2017-2018 годы. Избранные вопросы судебно-медицинской экспертизы. 2019;(18):138-139
13. Пастбина И.М., Меньшикова Л.И., Мордовский Э.А. Проблема организации грудного вскармливания новорожденных и использования детских молочных смесей в межрайонных центрах родовспоможения. Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. 2020;(1):267-284
14. Герасименко Л.Ю., Жигулева Л.Ю. Первые результаты реорганизации лабораторий клинической биохимии в ФГБУ РосНИИГТ ФМБА. Вестник гематологии. 2022;18(2):46

References

1. Vorob`ev S.P. Differenciaciya medicinskih organizacij sel`skix territorij Altajskogo kraja po ob`emam finansirovaniya [Differentiation of medical organizations in rural areas of the Altai Territory in terms of funding]. Ucheny`e zapiski Altajskogo filiala Rossijskoj akademii narodnogo xozyajstva pri Prezidente Rossijskoj Federacii [Scientific notes of the Altai branch of the Russian Academy of National Economy under the President of the Russian Federation]. 2021;19 (19):62-67 (InRussian)
2. Czkipuri Yu.I., Kicha D.I., Belyavskij A.R. Sovremenny`e voprosy` razvitiya texnologichnosti stacionarnoj pomoshhi [Modern issues of technological development of inpatient care]. Vestnik novy`x medicinskih texnologij [Bulletin of new medical technologies]. 2009;16(4):139-140 (InRussian)
3. Rugol` L.V., Son I.M., Starodubov V.I. i dr. Problemy organizacii stacionarnoj medicinskoj pomoshhi i podxody` k ee modernizacii [Problems of the organization of inpatient medical care and approaches to its modernization]. Social`ny`e aspekty` zdorov`ya naseleniya [Social aspects of public health]. 2020;66(1):1 (InRussian)
4. Stradymov F.I., Stupak V.S., Lyuczko V.V. Organizaciya mezhterritorial`ny`x centrov i otdelenij, okazy`vayushhix medicinskuyu pomoshh` v stacionarny`x usloviyax. Analiticheskij obzor [Organization of interterritorial centers and departments providing medical care in stationary conditions. Analytical review]. Sovremenny`e problemy` zdavooxraneniya i medicinskoj statistiki [Modern problems of healthcare and medical statistics]. 2024;3:803-820. doi: 10.24412/2312-2935-2024-3-803-820 (InRussian)
5. Morozova Yu.A. Cifrovaya transformaciya rossijskogo zdavooxraneniya kak faktor razvitiya otrasli [Digital transformation of Russian healthcare as a factor in the development of the industry]. Intellekt. Innovacii. Investicii [Intelligence. Innovation. Investment]. 2020;(2):36-47 (InRussian)
6. Rik O.E., Kiseleva N.A., Problemy` licenzirovaniya pri reorganizacii yuridicheskix licz [Licensing problems in the reorganization of legal entities]. Aspirant. Prilozhenie k zhurnalu Vestnik Zabajkal`skogo gosudarstvennogo universiteta [Graduate student. Appendix to the journal Bulletin of the Trans-Baikal State University]. 2020;14(2):95-98 (InRussian)
7. Gabov A.V. Reorganizaciya uchrezhdeniya [Reorganization of the institution]. Vestnik Arbitrazhnogo suda Moskovskogo okruga [Bulletin of the Arbitration Court of the Moscow District]. 2020;1:80-101 (InRussian)

8. APA Style (2024). Available at: http://ofoms48.ru/info/reestr_mo (accessed 9 August 2024)
9. APA Style (2024). Available at: <https://www.ffoms.gov.ru/documents/registry/MO?region=363> (accessed 9 August 2024)
10. Esaulenko I.E., Zolotuxin O.V., Kochetov M.V. i dr. Analiz operacionnoj aktivnosti mezhrajonny`x urologicheskix centrov kak pokazatel` modernizacii urologicheskij sluzhby` Voronezhskoj oblasti [Analysis of the operational activity of interdistrict urological centers as an indicator of the modernization of the urological service of the Voronezh region]. Vestnik novy`x medicinskih texnologij. E`lektronnoe izdanie [Bulletin of new medical technologies. Electronic edition]. 2019;13(1):82-89 (InRussian)
11. Pobivanceva N.F. Opy`t organizacii raboty` mezhrajonny`x kardiologicheskix centrov na primere Brestskoj oblasti [Experience in organizing the work of inter-district cardiological centers on the example of the Brest region]. Voprosy` organizacii i informatizacii zdavooxraneniya [Issues of organization and informatization of healthcare]. 2020;(103):9-16 (InRussian)
12. Lyubina T.A., Belousova O.V., Tolmacheva S.K. i dr. Analiz raboty` po issledovaniju trupov na primere Shegarskogo mezhrajonnogo otdeleniya OGUZ BSME`TO za 2017-2018 gody` [Analysis of the work on the study of corpses on the example of the Shegarsky interdistrict department of the BSME`TO OGUZ for 2017-2018]. Izbranny`e voprosy` sudebno-medicinskoj e`kspertizy` [Selected issues of forensic medical examination]. 2019;(18):138-139 (InRussian)
13. Pastbina I.M., Men`shikova L.I., Mordovskij E`.A. Problema organizacii grudnogo vskarmlivaniya novorozhdennyx i ispol`zovaniya detskix molochnyx smesej v mezhrajonnyx centrax rodovspomozheniya [The problem of organizing breastfeeding of newborns and the use of infant formula in interdistrict maternity centers]. Sovremenny`e problemy` zdavooxraneniya i medicinskoj statistiki [Modern problems of healthcare and medical statistics]. 2020;(1):267-284 (InRussian)
14. Gerasimenko L.Yu., Zhiguleva L.Yu. Pervye rezul`taty` reorganizacii laboratorij klinicheskoj bioximii v FGBU ROSNIIGT FMBA [The first results of the reorganization of clinical biochemistry laboratories at FSBI ROSNIIGT FMBA]. Vestnik gematologii [Bulletin of Hematology]. 2022;18(2):46 (InRussian)

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Acknowledgments. The study did not have sponsorship.

Conflict of interests. The authors declare no conflict of interest.

Сведения об авторах

Страдымов Федор Иванович – главный специалист управления стратегического развития здравоохранения ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 127254, г. Москва, ул. Добролюбова, д.11, e-mail: stradymovfi@mednet.ru. ORCID: 0000-0001-8582-7223; SPIN: 8333-4444

Ступак Валерий Семенович – доктор медицинских наук, доцент, начальник отдела общественного здоровья и демографии ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 127254, Россия, Москва, ул. Добролюбова, 11, e-mail: vsstupak@rambler.ru; ORCID 0000-0002-8722-1142; SPIN: 3720-1479

About the authors

Stradymov Fedor Ivanovich – Chief Specialist of the Strategic Health Development Department, Russian Research Institute of Health, 11 Dobrolyubova str., Moscow, 127254, e-mail: stradymovfi@mednet.ru. ORCID: 0000-0001-8582-7223; SPIN: 8333-4444

Stupak Valery S. – Doctor of Medical Sciences, Associate Professor Head of the Department of Public Health and Demography of Russian Research Institute of Health, 127254, Russia, Moscow, Dobrolyubova str., 11, E-mail: vsstupak@rambler.ru; ORCID 0000-0002-8722-1142; SPIN: 3720-1479

Статья получена: 01.10.05.2024 г.
Принята к публикации: 28.11.2024 г.