

УДК 614.2.003

**ОСНОВНЫЕ ПОДХОДЫ К ПОВЫШЕНИЮ ЭФФЕКТИВНОСТИ
ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СУБЪЕКТА РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ (НА ПРИМЕРЕ РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН)**

Мишакин Т.С.

ФГАОУ ВПО «Казанский (Приволжский) федеральный университет», 420008, г. Казань, ул. Кремлевская, 18, e-mail: public.mail@ksu.ru

Накопленный опыт функционирования российской системы здравоохранения в условиях ее реформирования выявил ряд существенных проблем, требующих своего решения и законодательного оформления. На фоне ухудшающейся медико-демографической ситуации отечественная система оказания медицинской помощи продолжает функционировать с низкой эффективностью. Сохраняется дефицит средств системы обязательного медицинского страхования, существуют серьезные различия по территориям в общей величине страховых средств, обусловленные неодинаковыми социально-экономическими условиями в регионах, снижается качество и доступность медицинской помощи. Все это предопределяет необходимость анализа и установления причин неэффективности существующей системы страхования и определения перспектив сохранения и дальнейшего развития системы здравоохранения.

Ключевые слова: управление здравоохранением, финансирование, эффективность, программа.

**BASIC APPROACH TO IMPROVE THE EFFICIENCY OF THE HEALTH OF THE SUBJECT OF
THE RUSSIAN FEDERATION (ON THE EXAMPLE Republic of Tatarstan)**

Mishakin T.S.

"Kazan (Volga) Federal University", 420 008 Kazan, Kremlevskaya str., 18, e-mail: public.mail@ksu.ru

The accumulated experience of the Russian health care system in terms of reform has revealed a number of significant issues to be resolved. Against the backdrop of deteriorating health and demographic situation national system of health care continues to operate with low efficiency. Deficit is saved on the system of compulsory health insurance, there are substantial differences in the territories of the total value of insurance funds, due to unequal socio-economic conditions in the regions, reducing the quality and accessibility of care. All this necessitates the analysis and determine the causes of inefficiency of the existing insurance system and determine the prospects for maintaining and further developing the health care system.

Key words: health management, financing, effectiveness, program.

Накопленный опыт функционирования российской системы здравоохранения в условиях ее реформирования выявил ряд существенных проблем, требующих своего решения и законодательного оформления. На фоне ухудшающейся медико-демографической ситуации отечественная система оказания медицинской помощи продолжает функционировать с низкой эффективностью. Сохраняется дефицит средств системы обязательного медицинского страхования, существуют серьезные различия по территориям в общей величине страховых средств, обусловленные неодинаковыми социально-экономическими условиями в регионах, снижается качество и доступность медицинской помощи. Все это предопределяет необходимость анализа и установления причин неэффективности существующей системы страхования и определения перспектив сохранения и дальнейшего развития системы здравоохранения [1].

На федеральном, региональном и муниципальном уровнях власти разрабатываются и внедряются целевые программы различной направленности для достижения поставленных целей в преодолении сложившихся современных проблем в здравоохранении, таких как недостаточное финансирование системы здравоохранения, слабая материально-техническая база лечебно-профилактических учреждений, недостаточная укомплектованность подготовленных медицинских специалистов с необходимым уровнем профессиональной подготовки, высокий уровень заболеваемости и смертности населения, дефицит качественных и доступных лекарственных препаратов [2].

В 2010 году в очень сложных экономических условиях Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации ставило перед собой задачу не только не сократить, но даже увеличить социальные гарантии гражданам России. В ноябре 2010 года был принят принципиальный закон об обязательном медицинском страховании, в соответствии с которым все субъекты Российской Федерации должны разработать региональные программы модернизации здравоохранения. Это необходимо было сделать до 1 апреля 2011 года. Программы модернизации предусматривают укрепление материально-технической базы медучреждений, внедрение современных информационных систем, в том числе для перехода на страховые полисы единого образца, а также внедрение стандартов медпомощи. То есть все то, что должно позволить вывести наше отечественное здравоохранение на качественно новый уровень.

Основной итог, на который рассчитывает руководство профильного министерства по итогам завершения региональных программ – это улучшение качества и доступности медицинской помощи и всех показателей, которые эти изменения характеризуют. Например, в рамках модернизации здравоохранения должны быть отремонтированы 3,9 тысячи лечебно-профилактических учреждений, построены 117 объектов, введены новые стандарты оказания медпомощи, внедряются в 3,5 тысяч медицинских учреждений. Еще один важный показатель – заработная плата медицинских работников, стоит задача обеспечить 30 % рост зарплат за два года в медицинских учреждениях, участвующих в модернизации.

Республика Татарстан стала одной из первых, которая разработала, представила, защитила и приступила к реализации своей программы модернизации здравоохранения.

Основными задачами реализации программы стали:

1. Укрепление материально-технической базы государственных и муниципальных учреждений здравоохранения.
2. Внедрение современных информационных систем в здравоохранение.

3. Внедрение стандартов медицинской помощи, повышение доступности амбулаторной медицинской помощи, в том числе предоставляемой врачами-специалистами

В рамках программы модернизации здравоохранения в Республике Татарстан создаются современные приемные отделения. Работа таких приемных отделений особенно важна в то время суток, когда закрыты поликлиники. Такие приемные отделения будут работать во всех ЦРБ, вошедших в список программы модернизации. Масштабные работы ведутся в ДРКБ, РКБ, где создаются большие приемные отделения. Также активная работа ведется и планируется к завершению к 2012 году в Городской клинической больнице №7 г. Казани, на базе которой будет создан мощный медицинский центр – Больница скорой медицинской помощи.

Второе приоритетное направление – информатизация регионального здравоохранения. Уже в конце 2010 года, когда большинство регионов даже не предоставило своих концепций по модернизации здравоохранения, в Татарстане запущены два крупных, системных проекта: информатизация онкологического кластера и внедрение системы «Электронная очередь». Например, в Нижнекамском муниципальном районе Республики Татарстан реализован первый этап «пилотного» проекта «Электронное здравоохранение» – программы комплексной информатизации системы здравоохранения в масштабах всего муниципального района.

Третье направление – внедрение стандартов оказания медицинской помощи. Стандарт включает все виды расходов оказания медицинской помощи – самые современные, которые есть сегодня в мире. В течение двух лет будет внедрено 13 федеральных стандартов по наиболее часто встречающимся заболеваниям. На внедрение стандартов и на повышение тарифов амбулаторно-поликлинической помощи за два года будет направлено 1 млрд 870 млн рублей, из них 70 процентов поступит в учреждения здравоохранения на повышение заработной платы.

Основные мероприятия реализации региональной программы:

1. Укрепление материально-технической базы медицинских учреждений.

1.1. Реформирование инфраструктуры здравоохранения и приведение ее в соответствие с численностью и составом населения республики, а также со структурой заболеваемости и смертности.

1.2 Приведение материально-технической базы государственных и муниципальных учреждений здравоохранения в соответствие с требованиями порядков оказания медицинской помощи.

2. Внедрение современных информационных систем в здравоохранение.

3. Внедрение стандартов оказания медицинской помощи.

3.1. Поэтапный переход к оказанию медицинской помощи в соответствии со стандартами медицинской помощи, устанавливаемыми Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

3.2. Диспансеризация детей подросткового возраста.

3.3. Повышение уровня заработной платы врачей и среднего медицинского персонала.

3.4. Обеспечение потребности во врачах с учетом объемов медицинской помощи по Программе Государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на территории Республики Татарстан.

3.5. Повышение доступности амбулаторной медицинской помощи, в том числе предоставляемой врачами-специалистами.

Следует отметить, что сформированная за последние годы в Республике Татарстан модель здравоохранения существенно повысила эффективность работы и в федеральном рейтинге в сфере здравоохранения республика переместилась с 18 места на 7, возрос уровень удовлетворенности населения медицинской помощью. По данным Центра перспективных экономических исследований АН РТ этот показатель составил в 2009 г. 51,7 %, в 2010 г. – 58 % [3].

На протяжении последних лет в Республике Татарстан реализуется политика, направленная на повышение уровня качества жизни населения путем предоставления качественной и доступной медицинской помощи, повышения эффективности финансирования системы здравоохранения с использованием различных целевых программ.

Начиная с 2008 года, в Республике Татарстан реализован принцип одноканального финансирования учреждений здравоохранения:

– через страховые медицинские организации осуществляется финансирование учреждений здравоохранения, участвующих в реализации Базовой программы ОМС, по всем статьям расходов, за исключением расходов на капитальный ремонт государственных и муниципальных учреждений и приобретение оборудования для государственных учреждений здравоохранения;

– через Фонд ОМС осуществляется финансирование государственных социально-значимых учреждений, фельдшерско-акушерских пунктов, станций (отделений) скорой медицинской помощи;

– за счет средств бюджета Республики Татарстан и муниципальных бюджетов осуществляется финансирование прочих учреждений здравоохранения, не включенных в Базовую программу ОМС (ГАУЗ "Республиканское бюро судебно-медицинской экспертизы", центры медицинской профилактики, медицинские информационно-аналитические центры, расходы по централизованным мероприятиям и др.)[4].

В 2010 г. осуществлен перевод финансирования ВМП через Фонд ОМС.

В результате перевода учреждений здравоохранения на одноканальное финансирование соотношение расходов бюджетов и средств ОМС (в том числе на осуществление преимущественно одноканального финансирования через систему ОМС) в 2010 году составило 10,1 процента и 89,9 процента.

Финансовые потоки распределены следующим образом:

- через страховые медицинские организации – 70,8 процента;
- через Фонд ОМС в рамках одноканального финансирования – 21,8 процента;
- через финансовые органы – 7,4 процента [5].

В рамках перевода на преимущественно одноканальное финансирование через систему ОМС муниципальные образования перечисляют средства, предусмотренные на финансирование учреждений здравоохранения, переводимых на одноканальное финансирование, в Фонд ОМС на основании решения Совета муниципального образования "О бюджете муниципального образования" на очередной финансовый год. Таким образом, передача средств на осуществление одноканального финансирования производится не за счет увеличения взносов за неработающее население, а путем передачи межбюджетных трансфертов, передаваемых бюджету Фонда ОМС из бюджета Республики Татарстан и муниципальных бюджетов. В результате в рамках Программы государственных гарантий на 2010 г. соотношение средств ОМС и средств консолидированного бюджета, направленного на финансирование здравоохранения республики, составило 91/9.

Сумма средств, передаваемых на реализацию преимущественно одноканального финансирования в 2011 г., составляет 8874617,66 тыс. рублей, в 2012 году – 8913165,00 тыс. рублей.

Передача республикой финансовых ресурсов в виде страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения планируется с 2012 года.

В Республике Татарстан сформирована модель здравоохранения с одноканальной формой финансирования, которая опирается на общую врачебную практику, обеспечивает избирательность оказания медицинской помощи больному на этапах муниципальных,

межмуниципальных, специализированных и высокотехнологичных медицинских центров, позволяет более эффективно расходовать финансовые средства. Оптимизация структуры отрасли осуществляется путем объединения маломощных больниц и поликлиник и создания многопрофильных медицинских центров, реорганизации участковых больниц во врачебные амбулатории с организацией службы общей врачебной практики и дневных стационаров, перевода врачебных амбулаторий в статус фельдшерско-акушерских пунктов.

В последние годы проведена реорганизация государственных специализированных медицинских учреждений (Республиканского клинического кожно-венерологического диспансера, Республиканского наркологического диспансера, Республиканского Центра по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями, Республиканского клинического противотуберкулезного диспансера, Республиканской клинической психиатрической больницы, Республиканского клинического онкологического диспансера, Республиканской станции переливания крови, Республиканского бюро судебно-медицинской экспертизы) путем присоединения к ним районных диспансеров и центров в качестве филиалов. В результате число диспансеров сократилось с 32 до 9 единиц.

В результате оптимизации структуры здравоохранения число больничных учреждений сократилось со 159 единиц в 2005 г. до 87 единиц в 2010 г. (43 центральные районные больницы, 14 городских больниц, 2 роддома, 2 районные больницы, 1 участковая больница, 1 клиника Казанского государственного медицинского университета, 1 психиатрическая больница, 1 перинатальный центр, 1 клиничко-диагностический центр, 1 центр реабилитации слуха, 3 республиканские клинические больницы, 1 детская республиканская клиническая больница, 9 детских городских больниц, 3 больницы скорой медицинской помощи, 2 госпиталя для ветеранов войн, 2 инфекционные больницы, 1 офтальмологическая больница, 1 больница восстановительного лечения; из них 12 единиц – республиканские учреждения). Число городских больниц уменьшилось на 12 единиц, участковых больниц – на 5 единиц, самостоятельных амбулаторно-поликлинических учреждений – со 165 до 61 единиц. В связи с малым количеством обслуживаемого сельского населения и аварийным состоянием зданий закрыты или объединены с учреждениями социальной сферы 39 фельдшерско-акушерских пунктов. При этом в районах республики построено 17 новых фельдшерско-акушерских пунктов.

С целью оценки эффективности реализации Программы модернизации здравоохранения Республики Татарстан на 2011–2012 годы, необходимо

проанализировать целевые показатели заложенные Программой и их фактическое исполнение.

Например, прогноз по младенческой смертности – 5,9 на 1000, родившихся живыми, по результатам за I полугодие 2011 года – 5,3 (в среднем по всей стране это показатель составляет 7 на 1000 родившихся живыми); на 2,2 % снизилась смертность от болезней системы кровообращения. В 2011 году коэффициент умерших уменьшился с 12,9 до 12,7 на 1000 человек населения по сравнению с 2010 годом (в таких регионах, как Республика Башкортостан, Чувашия, Марий Эл, Оренбургская область этот показатель наоборот увеличился).

Таким образом, становится очевидным тот факт, что система здравоохранения показывает существенную эффективность проводимых реформ благодаря принятым целевым программам. Программная эффективность прослеживается, начиная со значительной экономии материально-технических, финансовых, кадровых ресурсов и заканчивая самым главным, ради чего существуют социальная система и система здравоохранения – это качественная жизнь и здоровье наших граждан.

Модернизация здравоохранения Республики Татарстан позволит за счет повышения доступности и качества медицинской помощи сохранить жизни и улучшить здоровье граждан региона за счет увеличения численности работоспособного населения и повышения производительности труда – сделать дополнительный вклад во внутренний валовой продукт, что в целом положительно скажется на сохранении социальной и политической стабильности в регионе и стране.

Список литературы

1. Максимова М.Н. Экономический механизм ресурсобеспечения системы социального обслуживания: Монография. – Казань: Изд-во КГУ, 2006. – 308 с.
2. Метшин И.Р. О ходе выполнения Программы «Модернизация здравоохранения в г. Казани на 2007–2010 годы. Архив Исполнительного комитета муниципального образования г. Казань. – Казань, 2009. – 20 с.
3. Разумовская Е.М. Современные тенденции и проблемы реформирования системы бюджетного страхового здравоохранения / Е.М. Разумовская // Ученые записки Казанского Государственного Университета. – 2009. – № 151. – С. 255–258.
4. Мишакин Т.С. Совершенствование управления региональной системой здравоохранения в условиях ее модернизации (на примере Республики

Татарстан): монография. – Germany: LAP-LAMBERT Academic Publishing GmbH&CoKG, 2011. – С.130-131.

5. Бюджетный доклад Министерства здравоохранения Республики Татарстан 2010–2012 гг. Архив Министерства здравоохранения Республики Татарстан. – Казань, 2009. – 34 с.

Рецензенты:

1. Багаутдинова Н.Г., д.э.н., профессор, директор Института управления и территориального развития Казанского (Приволжского) федерального университета, г. Казань.
2. Сульдина Г.А., д.э.н., профессор, зав. кафедрой государственного и муниципального управления Института управления и территориального развития Казанского (Приволжского) федерального университета, г. Казань.