

Секция «3. Современные реалии мировой экономики»

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РФ

Качаян Ани Аршалуйсовна

Студент

*Финансовый университет при Правительстве РФ, факультет учет и аудит,
Москва, Россия*

E-mail: ani.kachayan@mail.ru

В настоящее время система здравоохранения, показатели и нормативы медико-социального обеспечения все еще нестабильны.

Распоряжением Правительства РФ № 2511-р от 24 декабря 2012 года утверждена «Государственная программа развития здравоохранения Российской Федерации». Государственная программа определяет цели, задачи, основные направления развития здравоохранения и мероприятия, механизмы их реализации и финансовое обеспечение. По прогнозной оценке расходы на реализацию мероприятий Государственной программы из бюджетов всех уровней будут направлены средства в размере более 33 трлн рублей. «В Государственной программе сформулированы основные приоритеты развития отрасли, в рамках которых Министерство планирует работать в среднесрочной перспективе, - говорит Министр Вероника Скворцова. - Программа отражает основные подходы к решению таких основополагающих для отрасли вопросов, как совершенствование инфраструктуры здравоохранения, формирование единой профилактической среды, повышение качества оказываемой медицинской помощи, повышение уровня подготовки медицинских кадров и заработной платы в отрасли».

Реализация мероприятий Госпрограммы предусмотрена в два этапа: первый этап - с 2013 по 2015 год, второй этап - с 2016 по 2020 год.

Непосредственными результатами реализации государственной программы будут являться:

- снижение смертности от всех причин (на 1000 населения) до 11,4 в 2020 году,
- снижение материнской смертности (случаев на 100 тыс. родившихся живыми) до 15,5 в 2020 году,
- снижение младенческой смертности (случаев на 1000 родившихся живыми) снизится с 7,8 в 2016 году до 6,4 в 2020 году,
- снижение смертности от болезней системы кровообращения (на 100 тыс. населения) до 622,4 в 2020 году,
- снижение смертности от дорожно-транспортных происшествий (на 100 тыс. населения) до 10 в 2020 году,
- снижение смертности от новообразований (в том числе от злокачественных, на 100 тыс. населения) до 190 в 2020 году,
- снижение смертности от туберкулеза (на 100 тыс. населения) до 11,2 в 2020 году,
- снижение потребления алкогольной продукции (в перерасчете на абсолютный алкоголь, литров на душу населения в год) до 10 в 2020 году,
- снижение распространенности потребления табака среди взрослого населения (процент) до 25 в 2020 году,
- снижение распространенности потребления табака среди детей и подростков (процент) до 15 в 2020 году,

- снижение заболеваемости туберкулезом (на 100 тыс. населения) снизится с 51,9 в 2016 году до 35 в 2020 году,
- увеличение обеспеченности врачами (на 10 тыс. населения) до 44,8 в 2020 году,
- достижение соотношения врачей и среднего медицинского персонала до 1:3 в 2020 году,
- увеличение средней заработной платы врачей и работников медицинских организаций, имеющих высшее медицинское (фармацевтическое) или иное высшее образование, предоставляющих медицинские услуги от средней заработной платы в соответствующем регионе вырастет до 200% к 2018 году,
- увеличение средней заработной платы среднего медицинского персонала от средней заработной платы в соответствующем регионе до 100% к 2018 году,
- увеличение средней заработной платы младшего медицинского персонала от средней заработной платы в соответствующем регионе вырастет до 100% к 2018 году,
- увеличение ожидаемой продолжительности жизни при рождении до 74,3 лет в 2020 году.

К глубокому сожалению, существует опасение, что Государственную программу развития здравоохранения в РФ ждет та же участь, что и национальный проект его реформы. Читая предложения, высказанные врачами, я нашла в них много целесообразного и рационального. Но ведь много таких предложений поступило и в Комитет по реформе здравоохранения, единичные из этих предложений были учтены.

В советские годы МЗ довольно часто проводило различные эксперименты по совершенствованию нашего здравоохранения. Приведу результаты одного из них. МЗ СССР приказом N 440 от 31.03.86 г. утвердило «Положение об условиях проведения эксперимента по интенсификации использования коечного фонда больниц и повышения качества лечебно-диагностического процесса». Эксперимент распространялся на 24 000 больничных коек, которые обслуживали 17 300 человек. Достигнуть желаемого результата МЗ СССР решило получить путем одного лишь материального стимулирования всего персонала задействованного в эксперименте.

Приведем результаты данного эксперимента. Пребывание больных в стационаре сократилось на 1,5 дня. Стоимость койко-дня возросла на 4,8%, затраты на лечение каждого больного на 6,3%. На проведение 2-х летнего эксперимента дополнительные затраты составили 6,9 млн. руб., в ценах сегодняшнего дня это более 600 млн. рублей.

А сейчас - результаты эксперимента разработанного в РОНЦ РАМН им.Блохина Н.Н. Было доказано, что нагрузка на хирургов должна составлять 7-8 больных, обеспеченность операционными столами из расчета 1 стол на 18-20 хирургических коек. Ранее нагрузка на хирургов доходила до 25 больных, т.е. превышала реальные возможности хирурга почти в 3 раза. Сегодня она близка к расчетной, но эффективность работы хирургов повысилась ненамного. Дело в том, что строительство хирургических клиник велось, да и сегодня ведется, исходя из старых нормативов нагрузки. Зачем 40 или 60 коечному отделению 2-3 операционных стола, если в них должны работать 2-3 хирурга? Соответственно, строились и отделения реанимации. Поэтому, в подавляющем большинстве хирургических клиник 1 операционный стол приходится в среднем на 50 коек.

Приоритеты:

1. В стране необходимо четко определиться с Концепцией модернизации нашего

здравоохранения, и она (пошагово расписанная) должна быть утверждена на определенный период времени в своих основополагающих моментах. Пока в действии сырой и неконкретизированный текст.

2. Главнейший на сегодня приоритет в отрасли.

Необходимо в срочном порядке изменить систему оплаты труда в нашем здравоохранении.

В настоящее время она носит явно административно - распределительный характер. На минимальный уровень заработной платы накладывается несколько сот стимулирующих надбавок (свежие данные М. Кузьменко – руководителя ЦК профсоюза работников здравоохранения РФ). Оплата труда в здравоохранении должна уйти от всех этих надбавок. Потребуется целый ряд указов и постановлений, но это - неизбежная плата за желательный модернизационный прорыв.

Построение зарабатывающей системы в оплате труда по отрасли – первый и важнейший камень в фундамент реформирования отрасли.

Оплата труда должна находиться в зависимости от личного вклада медработника за выполненную им качественную работу, основываясь на экономически состоятельных величинах его работы.

3. Ключом к медицинским реформам в РФ, по моему мнению, являются грамотные, все включающие тарифы на медицинскую помощь, которые в той или иной мере во время их формирования координируются государством с участием профессионального медицинского сообщества. Один из ведущих экономистов из Гарварда – Майкл Портер в глобальной работе «Переосмысление системы здравоохранения» также пришел к этому же выводу. Наличие грамотных медицинских тарифов + сетевые графики по сложным техническим направлениям + IT-технологии высокого уровня позволят эволюционным путем вводить в работу нашего здравоохранения экономические регуляторы и стимулы к высококачественной и в тоже время интенсивной работе сотрудников отрасли, чего на сегодняшний день во многих случаях не наблюдается.

4. Основным звеном в осуществлении реальных медицинских преобразований в стратегической перспективе, несомненно, будет являться медицина первичного звена.

Врач первичного контакта должен быть финансово независим от различных управленческих структур и работать с различными медицинскими образованиями через систему личных договоров, т.е. он должен быть выведен из состава нынешних поликлиник. На первом этапе – через личное желание и заявление, затем в обязательном порядке. В нынешних распоряжениях и инструкциях имеется фраза: «... Лечащий врач по оказанию первичной медицинской помощи свободно выбирается пациентом. . . ». Но, при этом, нет экономико-законодательного грамотного окончания данного посыла. Необходимо закрепить в обязательном законодательном порядке, что «...одновременно с прикреплением пациента к новому врачу первичного звена, финансовые средства за его диспансерное наблюдение, лечение и т.д. переходят к выбранному врачу от прежнего врача первичного звена в автоматическом режиме».

5. За каждого больного (в стационарах, амбулаториях, на вызовах скорой помощи) должен выставляться, проверяться и оплачиваться обществом (через систему СМК) индивидуальный счет, что позволит приступить к формированию региональных и государственных массивов баз данных деперсонифицированного учета оказанной медицинской помощи отдельно по региону и стране в целом. Только обрабатывая такие

массивы баз данных, мы поэтапно (минимум за 6 месяцев) сможем в стране выйти (в расчетах) на поло-возрастные нормативы финансирования для оказания медицинской помощи в РФ.

На территории всей страны целесообразно применять Унифицированные учетные медицинские технологии (электронные истории болезни - ЭИБ, электронные амбулаторные талоны - ЭАТ, электронные карты вызова скорой помощи - ЭКСП) и т.д. Их много в разных вариантах и сегодня, но почти нигде они не содержат экономической персонификации, не приведены к единым стандартам взаимных сообщений, а значит, не будут иметь и будущего.

6. Для модернизационного успеха в общей программе мер уже сегодня стоит вводить возможность развития системы конкурентных взаимоотношений в здравоохранении. Для этого должны быть сняты все (видимые и подводные) ограничения связанные с лечением, ориентированные на место проживания, место работы, даже регион и т.д. При этом, должна быть доступна широким слоям населения и медикам первичного звена информация о результативности работы конкретного врача, конкретной больницы в регионе в разрезе интересующего гражданина заболевания, оперативного пособия и т.д. Такую информацию, основанную на реальной работе, можно будет в будущем получить только при обработке больших массивов деперсонифицированной информации, отображающей работу данного врача, данного ЛПУ и т.д.

7. Одновременно с принятием современной Концепции модернизации отрасли, должна быть принята сопряженная с ней Концепция информатизации здравоохранения РФ с появлением новых структурных образований.

8. Медицинская коррупция? Осуществление мер по борьбе с коррупцией в медицине!

Прежде всего - это формирование общегосударственной системы «Стандартов материальных затрат в здравоохранении», основанного на едином общегосударственном медицинском Классификаторе с постоянной его корректировкой (актуализацией) в регионах по ценовым показателям в «on-line» режиме.

Желательно и принятие специального антикоррупционного закона в здравоохранении (аналог закона Старка США), принятия пакета экономико-финансовых законов регламентирующих работу нашего здравоохранения в условиях медицинского страхования.

9. О страховании профессиональной ответственности медиков? Разговоры о необходимости такого вида страхования медработников ведутся два десятка лет. Но, в медицинском сообществе и в среде законодателей изыскиваются средства для страхования профессиональной ответственности ЛПУ в целом. Вариант 2 - всем врачам за счет общества (т.е. заложить в бюджет) и выдать одинакового размера страховку. Но, ведь врачи один от другого отличаются в десятки раз по индивидуальной величине вероятностей возникновения страхового случая.

10. Нам в стране необходимо разрабатывать 2 варианта медико - экономических стандартов оказания медицинской помощи. 1-й - бумажный вариант - что сейчас активно и осуществляется для ориентации врачами при лечебном процессе, для экспертных работ и научного консультирования. Правда, не стоит делать его обязательным к выполнению, что чревато большим процентом неоправданных судебных исков к медработникам. Врач все же обязан лечить больного, а не протокол.

2-й вариант медико-экономических стандартов в стране вообще не разрабатывается.

Он должен автоматически формироваться путем обработки больших массивов однотипных протоколов и формирования «эталонного» стоимостного протокола под конкретным номером. Окончательный результат должен выглядеть в виде информационного массива баз данных - для экономических расчетов и периодической рекалибровке по актуальной (on-line) стоимости отдельных протоколов ведения больных и общей их суммы.

11. Данные региональных расчетов по финансовым величинам поло-возрастных нормативов финансирования должны становиться региональными законами для всех заинтересованных структур.

12. Очень уместно было бы принятие долгожданного и много раз обещанного закона «...о лекарственном страховании...» прежде всего для детей и пенсионеров.

Литература

1. Закон РФ №1499-1 от 28 июня 1991 г. «О медицинском страховании граждан в РФ»;
2. Закон РФ «Об охране здоровья граждан РФ» от 29.06.2004 №58-ФЗ;
3. Прогнозирование и планирование в условиях рынка: Учеб. пособие для вузов /Т.Г. Морозова, А.В. Пикулькин, В.Ф. Тихонов и др.; Под ред. Т.Г. Морозовой, А.В. Пикулькина. - М.; ЮНИТИ - ДАНА, 2010. - 318 с.;
4. Прогнозирование и планирование в условиях рынка: Учеб. пособие для вузов/ Под ред. Т.Г. Морозовой, А.В. Пикулькина. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.; ЮНИТИ - ДАНА, 2011. - 279 с.
5. Прогнозирование и планирование экономики: учебник под общ. ред. Г.А. Кандауровой, В.И. Борисевича. - Мн.: Современная школа, 2011. - 476 с.;
6. Социальная политика: учебник / Под общ. ред. Н.А. Волгина. - 3-е изд., стереотип. - М.: Издательство «Экзамен», 2012. - 734 с.;
7. «Государственное регулирование экономики и социальный комплекс»: под редакцией. Т.Г. Морозовой и доц. А.В. Пикулькина.; Москва, Финстатинфарм, 2012.;
8. «Прогнозирование и планирование в условиях рынка: У Черныш Е.А. учеб. пособие /Е.А. Черныш, Н.П. Молчанова, А.А. Новикова, Т.А. Салтанова. - М.; ПРИОР, 2010. - 176 с.
9. Динамика медико-демографических тенденций периода реформ в России // Журнал «Проблемы прогнозирования», Б.Б. Прохоров. 2006 г., №5;
10. Российский статистический ежегодник, 2004.: Стат. ст. / Росстат. - М., 2011. - 725 с.
11. Российский статистический ежегодник/ Госкомстат России. М., 2005: Статистич. сб./ Росстат. - М., 2012. - 815 с.