

мышечный тонус и сосудистое сопротивление мелких артерий [26, 31].

Первичная профилактика АГ

Особое значение имеют вопросы профилактики артериальной гипертензии. Недостаточная эффективность профилактических программ у взрослых диктует необходимость поиска новых ранних превентивных мероприятий и их смещения в более ранние возрастные периоды. В связи с этим предпринятое комплексное решение поставленных вопросов позволит не только раскрыть возможные патогенетические механизмы формирования АГ, но и предложить эффективный и доступный метод немедикаментозной коррекции выявленных отклонений.

Давно известно, что уменьшение потребления соли приводит к снижению АД, однако связь этих двух факторов у детей и подростков неясна. Требуется дальнейшего изучения вопроса о чувствительности к потреблению соли и связи такой чувствительности с предрасположенностью к АГ. Поэтому представляются необоснованными рекомендации по ограничению потребления соли на популяционном

уровне, однако необходимо выявление пациентов, нуждающихся в таком ограничении, в первую очередь, вероятно, имеющих семейную предрасположенность к АГ. Преобладает мнение о целесообразности ограничения потребления соли до 5 г в день.

Организация программ, включающих ограничение потребления соли, связана с множеством проблем. Что касается выпуска продуктов с низким содержанием соли, то до сих пор не решен вопрос о том, как сделать их более вкусными, что особенно важно для детей и подростков. При модификации питания (это касается и борьбы с ожирением) необходимы согласованные действия учителей, школьной администрации (организация школьных завтраков) и родителей, чьи привычки зачастую весьма консервативны; далеко не все готовы их менять или готовить для ребенка отдельно.

Обычно применяемые немедикаментозные методы воздействия на все население или на выделенную группу пациентов с повышенным АД предусматривают использование средств массовой информации. Один из ме-

ханизмов эффективной профилактики риска развития и прогрессирования артериальной гипертензии – это создание школы артериальной гипертензии [9].

Роль семейной предрасположенности в развитии АГ несомненна, поэтому выяснение семейного анамнеза и проведение более энергичных профилактических мер именно в этой группе является оправданным. В частности вероятно, что среди таких пациентов чаще встречаются «солечувствительные» и им в первую очередь показана низкосолевая диета.

В заключение можно сказать, что в целом вопросам раннего выявления повышенного АД и его своевременной профилактики уделяется явно недостаточное внимание. Более пристальное изучение факторов, определяющих уровень АД в детском и подростковом возрасте и его возрастную динамику, позволит внести весомый вклад в борьбу с сердечно-сосудистыми заболеваниями, столь распространенными в современном мире.

Полная библиография к статье находится в редакции журнала.

ЭКОНОМИКА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Р.С. Васильева, М.С. Максимова

ФИНАНСОВЫЕ РЕСУРСЫ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ САХА (ЯКУТИЯ)

Система здравоохранения потребляет значительное количество материальных, кадровых и финансовых ресурсов

Финансирование здравоохранения в советские годы производилось только за счет средств бюджета, в настоящее время действует смешанное финансирование за счет нескольких источников: бюджетов различных уровней, средств обязательного медицинского страхования (далее ОМС) и доходов от предпринимательской деятельности – платных услуг населению, добровольного медицинского страхования, договоров с предприятиями на оказание медицинской помощи. Половина учреждений здравоохранения (306 из

605) финансируются из двух источников – бюджета и ОМС.

Фактическое финансирование системы здравоохранения Республики Саха (Якутия) за 1999-2006 гг. представлено в абсолютных данных табл.1 и в расчете на душу населения в рис.1.

Основным источником финансирования системы здравоохранения остается консолидированный бюджет Республики Саха (Якутия), но его доля в динамике постепенно снижается. Так, если в 1999 г. показатель составлял 66,1% всех государственных средств, то в 2006 г. 53,3%. Расходы консолидированного бюджета республики составили 4882,6 млн. руб., в том числе 2396,8 млн. руб. – расходы бюджетов муниципальных образований и 2485,8 млн. руб. – расходы республиканского бюджета. Кроме того, страховые взносы на ОМС неработающего населения за 2006 г. составили 1796,4 млн. руб.

Страховые взносы на ОМС неработающего населения возросли в 8,1

раза по сравнению с 1999 г. В 1999 г. платежи на страхование неработающего населения составили 222,4 млн. руб.

Отмечен существенный рост финансирования из федерального бюджета в связи с реализацией приоритетного национального проекта «Здоровье». За 2006 г. получено из федерального бюджета 658,2 млн. руб. (в табл.1 данные без учета финансирования национального проекта).

Фактическое финансирование системы здравоохранения за 2006 г. из государственных источников составило 9158,0 млн. руб. и возросло по сравнению с 1999 г. в 3,9 раза. Расходы по отрасли, включая все источники финансирования, в расчете на 1 жителя в 2006 г. составили 9987,7 руб. против 2398,5 руб. в 1999 г. (рост в 4,2 раза).

В структуре бюджета здравоохранения по источникам финансирования за период с 1999 по 2006 г. наблюдается увеличение доли средств ОМС и доли

ВАСИЛЬЕВА Розалия Семеновна – зам. министра здравоохранения РС (Я) по экономике и финансам; **МАКСИМОВА Марина Степановна** – гл. специалист планово-экономического отдела МЗ РС (Я).

Таблица 1

Финансирование отрасли «Здравоохранение», млн. руб. (без учета учреждений, финансируемых из федерального бюджета)

Источники финансирования	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Федеральный бюджет (целевые федеральные программы)	41,0	26,7	31,9	30,0	35,8	27,0	41,3	54,6
Бюджеты различных уровней (республиканский, местные)	1 538,9	2 152,3	2 706,4	3 358,1	3 337,3	3 587,7	4 138,3	4 882,6
ТФ ОМС РС (Я)	748,8	1 120,7	1 363,9	1 970,8	2 568,6	2 867,3	3 348,2	4 220,8
Доходы от предпринимательской деятельности	39,6	56,2	83,7	114,4	156,3	206,3	253,7	329,3
Прочие (САПИ, АПРОСА)	50,4	40,5	266,1	14,1	0,0	0,0	0,0	0,0
ВСЕГО расходов:	2 418,6	3 396,4	4 452,1	5 487,4	6 098,0	6 688,4	7 781,5	9 487,3
В расчете на 1 жителя, руб.:								
- с учетом всех расходов	2 398,5	3 414,9	4 508,9	5 573,5	6 209,1	7 047,8	8 192,8	9 957,7
- без учета адм-управл. Расходов ТФ ОМС РС(Я)	2 319,5	3 305,1	4 431,0	5 470,9	6 097,8	7 006,0	8 022,2	9 647,2

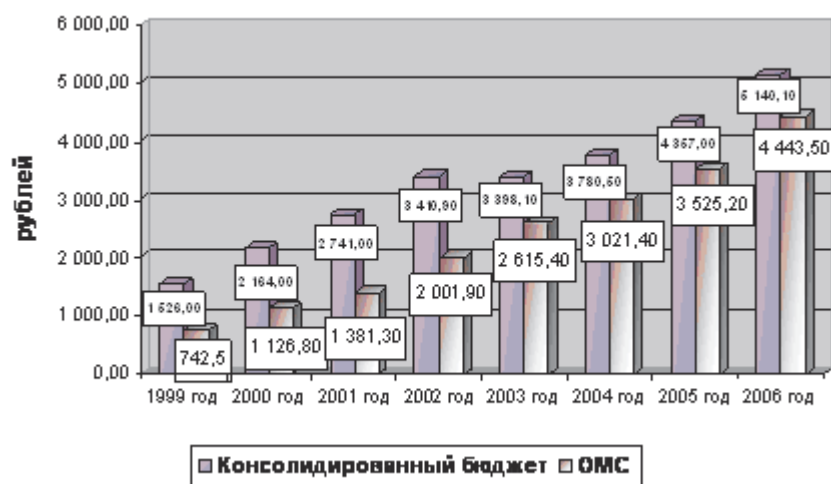


Рис. 1. Финансирование системы здравоохранения за 1999-2006 гг. (в расчете на душу населения)

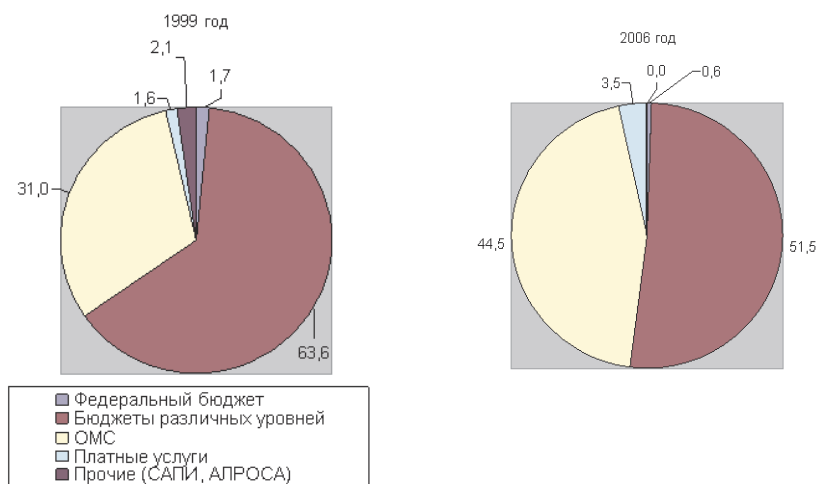


Рис.2. Структура финансирования системы здравоохранения за 1999, 2006 гг.

платных услуг: средства бюджета составляют от 63,6% в 1999 г. до 51,5% в 2006 г., средства ОМС – от 31,0% в 1999 г. до 44,5% в 2006 г., федеральные целевые программы 1,7-0,6% (рис.2). Расходы системы ОМС за 8-летний период возросли в 5,6 раза. Увеличение доли средств ОМС в общем объеме расходов отрасли объясняется финансированием с 2003 г. участковых больниц и врачебных амбулаторий по пяти статьям бюджетных расходов (зарплата с начислением, питание, медикаменты, мягкий инвентарь), ранее финансирование по ним производилось по трем статьям (питание, медикаменты, мягкий инвентарь).

В целом, структура финансирования бюджета отрасли за 2005-2006 гг. не претерпела существенных изменений (табл.1).

Увеличение доли платных услуг связано с расширением перечня оказываемой медицинской помощи вне программы государственных гарантий, в том числе по муниципальным образованияам: если в 1999 г. доля платных услуг составляла 1,6% от всех расходов, то в 2006 г. – 3,5%. Основными видами оказываемых платных медицинских услуг традиционно остаются – медосмотр, зубопротезирование, лабораторные услуги. От общего объема оказываемых платных медицинских услуг 62% приходится на муниципальные образования.

Способы оплаты медицинской помощи в системе ОМС: по тарифам на оплату медицинских услуг, оказываемых в рамках Территориальной программы ОМС, за одно посещение амбулаторно-поликлинического учреждения, один койко-день в стационаре круглосуточного пребывания, один пациенто-день лечения в дневных стационарах, в соответствии с Генеральным (тарифным) соглашением на соответствующий год.

В целях оптимизации бюджетных расходов в соответствии с постановлениями Правительства РС (Я) от 18.08.2005 г. №471 «Об основных параметрах государственного бюджета РС (Я) на 2006 год», от 30.06.2005 г. №396 «О мерах по повышению эффективности работы бюджетного сектора, оптимизации бюджетных расходов» с 01.01.2006 г.

– снижена доля бюджетного финансирования ГУ «Абалахский республиканский лечебно-профилактический комплекс» на 50% или условная экономия составила 6,3 млн. руб.;

Таблица 2

Структура расходов по видам медицинской помощи в общем объеме Программы государственных гарантий оказания населению Республики Саха (Якутия) бесплатной медицинской помощи за 1999-2006 гг. (в % к итогу)

Виды медицинской помощи	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Амбулаторно-поликлиническая помощь, включая дневные стационары	14,8	16,4	16,4	19,7	21,7	32,6	33,6	33,4
Стационарная помощь	83,0	82,2	81,3	78,0	72,7	61,7	60,5	60,8
Скорая медицинская помощь	2,2	1,4	2,3	2,2	5,5	5,8	5,9	5,9
ИТОГО:	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

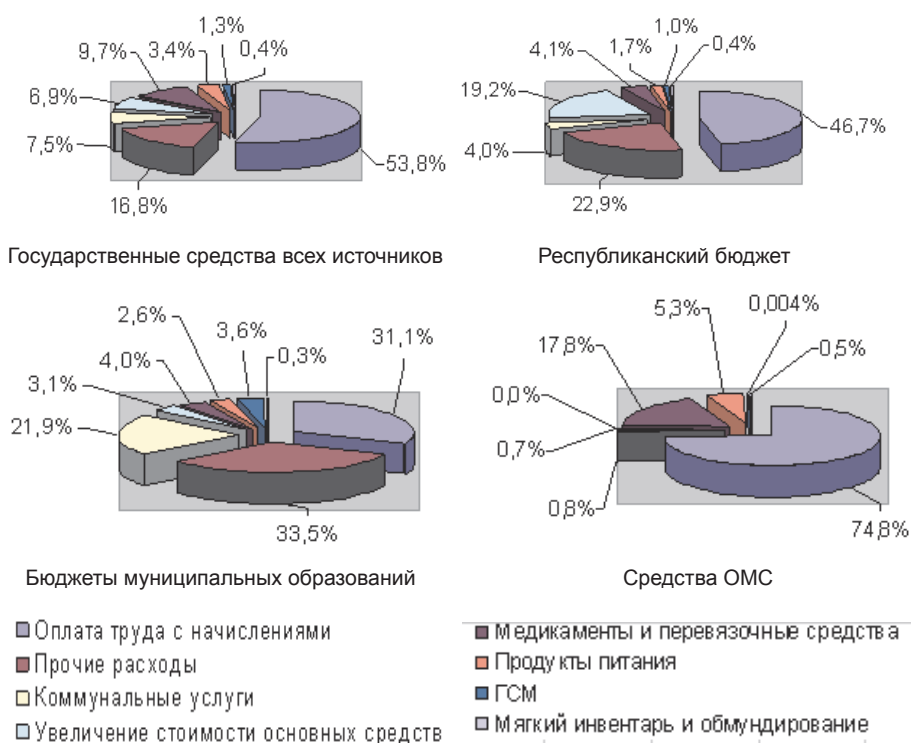


Рис. 3. Структура расходов государственных денежных средств из различных источников финансирования в 2006 г. (в % к итогу)

– прекращено бюджетное финансирование ГУ «Поликлиника восстановительного лечения» из средств государственного бюджета с предоставлением услуг восстановительного лечения на платной основе или условная экономия составила 3,5 млн. руб.

Основные результаты мероприятий по оптимизации бюджетных расходов:

Увеличивается доля расходов на медицинскую помощь в общем объеме Программы государственных гарантий с 70,1 % в 1999 г. до 83% в 2006 г.

Проведен анализ расходов из различных источников финансирования по видам затрат и видам медицинской помощи за 1999-2006 гг., на основании статической формы №62 «Сведения об оказании и финансировании медицинской помощи населению» по Республике Саха (Якутия).

Появилась положительная тенденция в увеличении доли расходов на амбулаторную и скорую помощь и снижение доли стационарной помощи. В табл.2 представлена динамика оказания медицинской помощи по основным видам за последние восемь лет.

Структура расходов в 2006 г. практически не изменилась по сравнению с 2005 годом.

В структуре расходов системы здравоохранения с учетом всех государственных источников финансирования основную долю расходов занимает заработная плата с начислением 53,8% в 2006 г. Прочие расходы составили 16,8%, расходы на медикаменты и перевязочные средства – 9,7, оплату коммунальных услуг – 7,5, продукты питания – 3,4%, капитальные вложения в основные фонды – 6,9, оплату

горюче-смазочных материалов – 1,3, мягкий инвентарь и обмундирование – 0,4%.

Основными расходами консолидированного бюджета республики на здравоохранение являются расходы на оплату труда с начислениями – 39,0%, прочие расходы – 28,1, оплата коммунальных услуг – 12,8, увеличение стоимости основных средств – 11,2%. При этом, в соответствии с Государственным бюджетом Республики Саха (Якутия) на 2006 г. от 8 декабря 2005 г. 289-3 №619-111, бюджетом Территориального фонда обязательного медицинского страхования на 2006 г. от 25 октября 2005 г. 287-3 №581-111, Генеральным (тарифным) соглашением на оплату услуг, оказываемых в рамках Территориальной программы ОМС, на 2006 г., финансирование заработной платы из средств республиканского бюджета производится всем республиканским лечебно-профилактическим учреждениям.

В структуре расходов из средств ОМС преобладают расходы на оплату труда с начислениями – 74,8%, расходы на медикаменты и перевязочные средства составили 17,8%, расходы на продукты питания – 5,3%.

Данные по структуре расходов из государственных средств всех источников за 2006 год представлены в рис.3.

Во исполнение соглашения между Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации и Республикой Саха (Якутия) о взаимодействии в реализации приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения от 27 декабря 2005 г. №14, при формировании бюджета отрасли здравоохранения дополнительно предусмотрено на 2006 г. в республиканском бюджете – 106,4 млн. руб., исполнение составило – 100%.

В целях обеспечения конституционных прав граждан Российской Федерации, проживающих на территории республики, Правительством Республики Саха (Якутия) ежегодно с 1998 г. утверждается Программа государственных гарантий оказания населению Республики Саха (Якутия) бесплатной медицинской помощи.

Программой государственных гарантий утверждается перечень видов медицинской помощи, предоставляемых населению бесплатно, объемы медицинской помощи и порядок предоставления, финансирования медицинской помощи, оказываемой населению за счет средств бюджетов республики,

Таблица 3

Объемы медицинской помощи в рамках Программы государственных гарантий оказания населению РС (Я) бесплатной медицинской помощи за 1999-2006 гг. (на одного жителя в год, по данным статистической формы №62)

Виды медицинской помощи	Единица измерения	1999 г.	2000 г.	2001 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.	2005 г.	2006 г.	Фед. норматив
1. Скорая медицинская	вызовы	0,277	0,302	0,294	0,294	0,307	0,307	0,310	0,334	0,318
2. Амбулаторно-поликлиническая	посещения	8,639	9,607	10,115	9,832	8,543	8,921	9,119	9,168	9,198
3. Стационарная	койко-дни	3,603	4,183	4,160	4,126	4,185	4,096	3,956	3,841	2,812
4. Медицинская помощь в дневных стационарах	пациенто-дни	0,204	0,305	0,673	0,546	0,697	1,332	0,764	0,706	0,577

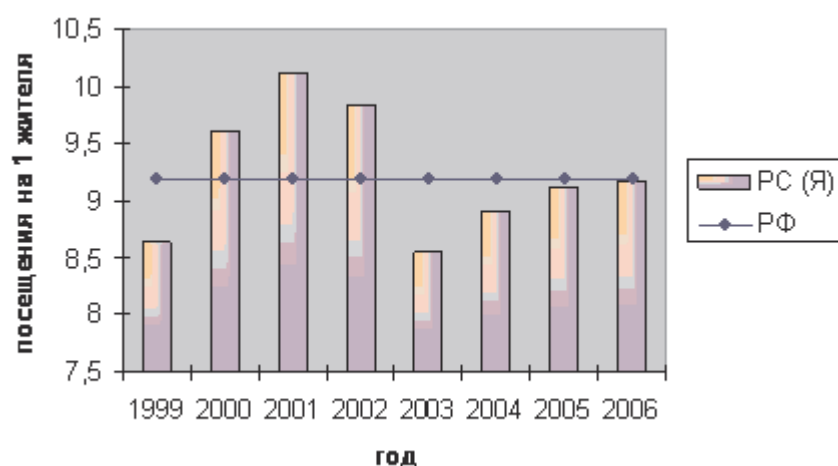


Рис. 4. Объемы медицинской помощи по амбулаторно-поликлинической помощи за 1999-2006 гг. (в расчете на 1 жителя)

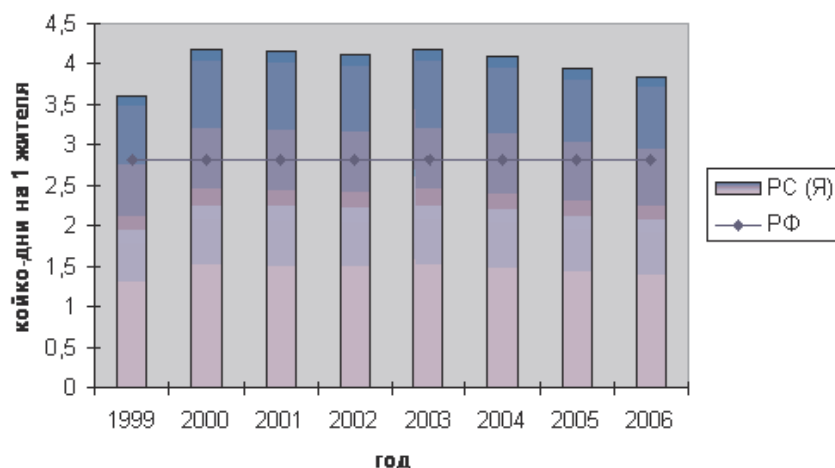


Рис. 5. Объемы медицинской помощи по стационарной помощи за 1999-2006 гг. (в расчете на 1 жителя)

муниципальных образований, средств ОМС. Программа формируется на основании планов-заказов на оказание бесплатной медицинской помощи лечебно-профилактическими учреждениями или программ государственных гарантий улусов и городов.

Программа государственных гарантий финансировалась в 2006 г. за счет бюджетов различных уровней (57,6%) и средств ОМС (42,4%).

Утвержденная стоимость Программы государственных гарантий на 2006 г. составила 7830,5 млн. руб. или 8222,5 руб. на 1 жителя, дефицит составил -25,5%. Начиная с 2003 г. проводится работа по сокращению дефицита Программы государственных гарантий, так, в 2002 г. дефицит составлял 32,9%, в 2005 г. был сокращен до 12,4% (на начало 2005 года он составлял 20%).

Число посещений на 1 жителя по Программе государственных гарантий за 2006 г. (согласно статистической форме №62) составило 9,168 (РС(Я) в 2005г. – 9,119, норматив по РФ – 9,198), число вызовов «скорой помощи» – 0,334 (РС (Я) в 2005 г. – 0,310, норматив по РФ – 0,318). Число койко-дней на 1 жителя – 3,841 или выше федеральных нормативов на 36,6% (по РС (Я) в 2005г. – 3,956, норматив по РФ – 2,812), пациенто-дней – 0,706 или выше федеральных нормативов на 22,3% (РС (Я) в 2005г. – 0,764, норматив по РФ – 0,577). Данные по фактически выполненным объемам медицинской помощи за 1999-2006 годы представлены в табл.3.

Превышение территориальных объемов медицинской помощи в год на 1 жителя по сравнению с федеральными нормативами объясняется региональными особенностями: обширностью территории, малочисленностью населенных пунктов, их труднодоступностью, сложной транспортной схемой, что создает особые условия для функционирования и развития службы.

Отмечена положительная тенденция к увеличению объемов амбулаторно-поликлинической помощи в расчете на одного жителя с 8,639 посещений в 1999 г. до 9,168 в 2006 г. (рис.4) и сокращению стационарной помощи до 3,841 койко-дней (рис.5). Объемы стационарозамещающей помощи сократились до 0,706 пациенто-дней в 2006 г., в 2005 г. – 0,764. Объемы скорой медицинской помощи возрастали на протяжении последних лет и составили в 2006 г. 0,334 вызовов (в 1999 г. – 0,277).

По данным ЯРМИАЦ, обеспеченность по Республике Саха (Якутия) круглосуточными койками на 10 тыс. населения в 2006 г. составила – 121,4 (за 2005 г. по РС (Я) – 121,9, по РФ – 98), койками дневного пребывания всех типов – 27,9 (за 2005 г. по РС (Я) – 27,7, по РФ – 14).

При этом среднегодовая занятость круглосуточной койки составила – 317 (в 2005 г.: по РС (Я) – 322 дня, по РФ

в 2005 г. – 318 дней). Среднее пребывание больного в стационаре – 14,2 (в 2005 г.: по РС (Я) – 14,5, по РФ в 2005 г. – 13,8, норматив – 14). Оборот койки – 22 (в 2005 г. – 22).

Обеспеченность врачами на 10 тыс. населения за 2006 г. – 47 (по РС (Я) в 2005 г. – 45,8, по РФ в 2005 г. – 42,7), средним медицинским персоналом – 122,7 (по РС (Я) – 122,7, по РФ в 2005 г. – 94,9). Коэффициент совместительства за 2006 г. составил в среднем 1,21 (в 2005 г. – 1,21), в том числе по врачам – 1,40 (в 2005 г. – 1,43), среднему медицинскому персоналу – 1,19 (в 2005 г. – 1,17). Укомплектованность врачами (физическими лицами) по отрасли за 2006 г. 70,4% (2005 г. – 74%), средним медицинским персоналом (физическими лицами) – 84% (2005 г. – 89,4%).

С целью повышения эффективности использования финансовых средств в здравоохранении, внедрения новых методов планирования и оценки деятельности медицинских учреждений в 2003-2004 гг. в соответствии с Постановлением Правительства Республики Саха (Якутия) №484 от 31 июля 2003 г. «Об апробации подушевого метода финансирования в системе здравоохранения Республики Саха (Якутия)», Территориальным фондом ОМС РС(Я) совместно с Министерством здравоохранения РС (Я), администрациями муниципальных образований была проведена апробация подушевого метода финансирования.

В основу системы оплаты медицинской помощи были положены: подушевая оплата амбулаторно-поликлинической помощи и оплата стационарной помощи на основе согласованных объемов.

Положительные результаты апробации подушевого метода финансирования:

1) Впервые проведена консолидация средств муниципальных бюджетов и средств ОМС в апробируемых ЛПУ.

2) В лечебно-профилактических учреждениях появилась заинтересованность в развитии ресурсосберегающих технологий и сокращения затратной стационарной медицинской помощи.

3) Увеличение объемов мероприятий по профилактике заболеваний и рост уровня качества оказания медицинской помощи на ведомственной территории.

4) Улучшение лекарственного обеспечения больных в дневных стационарах.

5) Усиление работы по внедрению в практику института врача общей (семейной) практики.

6) Апробация внедрения подушевого метода финансирования в систему здравоохранения в ряде ЛПУ республики показало, что получен положительный экономический эффект поскольку результаты деятельности ЛПУ превышают произведенные для их получения затраты. Из экономии средств апробируемых ЛПУ направлено на приобретение оборудования, материальное стимулирование работников, расходы на текущий ремонт, приобретение медикаментов, не входящих в базовый перечень.

Подводя итоги апробации подушевого метода финансирования, можно констатировать, что метод позволяет развивать амбулаторно-поликлиническую помощь населению, сокращая стационарную, т.е. оптимизирует ресурсы здравоохранения. При этом методе значительно расширяется профилактическая деятельность ЛПУ.

В настоящее время в Республике Саха (Якутия) финансирование бюджетных расходов производится в соответствии с утвержденными сметами расходов учреждений здравоохранения.

В системе ОМС оплата медицинской помощи производится по тарифам на оплату медицинских услуг, оказываемых в рамках Территориальной программы ОМС, за одно посещение амбулаторно-поликлинического учреждения, один койко-день в стационаре круглосуточного пребывания, один пациенто-день лечения в дневных стационарах, установленным Генеральным (тарифным) соглашением на соответствующий год. В состав затрат, входящих в тариф, включены расходы медицинских учреждений на оплату труда с начислениями, на медикаменты, питание, приобретение мягкого инвентаря.

Сегодня Министерство здравоохранения РС (Я) направляет усилия на решение следующих задач:

1) увеличение страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения, своевременное финансирование страховых взносов в полном объеме утвержденного плана;

2) дальнейшее расширение дополнительного лекарственного обеспечения отдельных категорий граждан;

3) реализация приоритетного национального проекта «Здоровье»;

4) дальнейшее внедрение нормативного метода финансирования по согласованным объемам по всем ЛПУ, работающим в системе ОМС;

5) приоритетное финансирование профилактических мероприятий, расширение стационарозамещающих технологий, продолжение реструктуризации и оптимизации коечного фонда в ЛПУ республики;

6) дальнейшее совершенствование внутриведомственного и вневедомственного контроля качества оказания медицинской помощи населению. Усиление работы по организации защиты прав граждан;

7) улучшение показателей целевого и рационального использования средств ОМС;

8) улучшение лекарственного обеспечения в стационарах и дневных стационарах, совершенствование учета лекарственных средств в ЛПУ республики.

По внедрению эффективных форм организации медицинской помощи и медицинских технологий Министерством здравоохранения РС (Я) проводятся следующие мероприятия:

1. Разработан проект программы по повышению эффективности управления и использования ресурсов в социальной сфере РС (Я) на 2007-2009 гг.

2. Разработан пакет проектов нормативных правовых документов по апробации в восьми «пилотных площадках»: ГУЗ РС (Я) «Больница №1 МЗ РС (Я)», ГУЗ «Якутская республиканская офтальмологическая больница», Муниципальное образование «Верхоянский улус», Муниципальное образование «Мегино-Кангаласский улус», Муниципальное образование «Хангаласский улус», Муниципальное образование «Горный улус», Муниципальное образование «Нерюнгринский район», Городской округ «Якутск», нормативного бюджетирования, ориентированного на результат, и отраслевой системы оплаты труда работников здравоохранения с 1 января 2008 года.

3. Разрабатывается система стандартизации в здравоохранении (утверждено 1200 региональных КЭС, разработано программное обеспечение ПО «Учет медицинских услуг в ЛПУ»).

4. С 2005 года проводится поэтапное оснащение медицинским оборудованием ЛПУ.

5. Разработана программа по оптимизации расходов здравоохранения, основными мероприятиями которой являются переход на принципы врача общей практики, сокращение коечной сети, оптимизация штатной численности.