

Значительную роль в реабилитации и в восстановительном лечении больных, выписанных из стационара после оперативного лечения или после перенесенного острого заболевания внутренних органов, должны играть врачи первичной медико-санитарной помощи. В амбулаторных условиях в реабилитации широко можно использовать природные физические факторы, физиотерапевтические методы лечения, массаж, лечебную физическую культуру, психологическую реабилитацию и т.д. В подготовке участковых врачей (врачей общей практики) вопросам реабилитации и восстановительного лечения должно уделяться достаточно внимания.

Республика Саха (Якутия) имеет огромные возможности для экономического развития. Визит Президента России Путина В.В. в Якутию в первые дни его председательства в «восьмерке» стран АТР (6 января 2006 г.) показывает, какая роль придается Якутии в энергетической безопасности не только России, но и всего АТР. В своем выступлении в г. Якутске он сказал: «...развитие нефтегазового комплекса Якутии могло бы стать одной из опорных точек роста Восточносибирского региона в целом и не только надежно обеспечить внутренние потребности республики, но и наладить поставки энергоресурсов на рынки Дальневосточного федерального округа и далее

на рынки наших партнеров по АТР». Он подчеркнул, что: «...Восточная Сибирь для России имеет огромное значение – здесь огромный потенциал, и в Якутии в том числе. Перспективы здесь просто колоссальные... Это требует особого внимания правительства к решению вопросов в Якутии, во всей Восточной Сибири».

Планы интенсивного развития промышленности и освоения природных ресурсов северных территорий создают новые условия для конкурентной борьбы за право разработки месторождений полезных ископаемых. В этой борьбе победит тот, кто умеет защитить своих специалистов и рабочих от пагубного воздействия на здоровье экстремальных природно-климатических факторов Крайнего Севера. К нашей радости, в настоящее время зарубежные фирмы не умеют организовать работу в условиях холодного климата. Как показал опыт работы зарубежных строительных фирм в Якутии в холодное время года, фирмы не рискуют здоровьем своих рабочих, и они просто замораживают строительные объекты в зимнее время года.

Для того, чтобы успешно выполнить национальную программу по здравоохранению в Республике Саха (Якутия), необходимо резко повысить качество подготовки участковых терапевтов путем организации кафедры поликлинической терапии в Мединс-

титуте Якутского госуниверситета. С точки зрения учебного процесса, это легко можно сделать путем перераспределения учебных часов без дополнительных финансовых затрат между стационарными кафедрами (додипломный период обучения) и кафедрой семейной медицины (постдипломный период обучения).

С целью более полного использования потенциала санаторно-курортных учреждений в подготовке врачебных кадров первичной медико-санитарной помощи мы предлагаем создать учебно-научно-производственное объединение между Объединением «Якуткурорт» и Мединститутом якутского госуниверситета.

Существующая система первичной медико-санитарной помощи Якутии не сможет выдержать миграционный натиск нового тысячелетия. Чтобы достойно встретить вызов современной эпохи, необходимо подготовить врачебные кадры первичного звена здравоохранения с учетом особенностей адаптации человека в условиях сурового климата Якутии и с учетом возросшей роли амбулаторно-поликлинической помощи в системе охраны здоровья населения в тесном сотрудничестве с лечебно-профилактическими и санаторно-курортными учреждениями.

Полная библиография к статье находится в редакции журнала.

Р.В. Александров

НЕКОТОРЫЕ ПРОБЛЕМЫ РЕСУРСНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ОТРАСЛИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ САХА (ЯКУТИЯ)

На сегодняшний день в системе ресурсного обеспечения здравоохранения Республики Саха (Якутия) существуют 2 основные проблемы. Первая связана с несбалансированностью заявленных гарантий бесплатной медицинской помощи с имеющимися финансовыми ресурсами. Вторая – это несоответствие мощности развернутой сети медицинских учреждений сложившемуся республиканскому потоку пациентов.

АЛЕКСАНДРОВ Роман Вячеславович – препод. кафедры «Бухгалтерский учет и аудит» Всероссийской Государственной налоговой академии.

Указанные негативные особенности обусловлены, на наш взгляд, наличием двух несбалансированных между собой факторов, что проиллюстрировано на рис. 1.

Во-первых, по состоянию на сегодня сложился дисбаланс между объемом финансирования и величиной заявленных гарантий бесплатной медицинской помощи. Отрасль финансируется на 70% от расчетной потребности по социальным нормативам, ориентированным на действующую сеть ЛПУ, т.е. практически сохранен сметный принцип финансирования из средств бюджета республики.

Во-вторых, достаточно устойчи-

вым можно считать сложившийся в республике дисбаланс между развернутой сетью учреждений и потоком пациентов. Республике исторически присуща ситуация функционирования относительно стабильной сети учреждений здравоохранения. В то время как внутриреспубликанские миграционные процессы сельского населения в зимний период усиливаются. Это существенным образом увеличивает нагрузку на медицинские учреждения в городах, куда перемещается это сельское население. Более того, в малодоступных и малонаселенных пунктах ЛПУ содержатся в целях обеспечения доступности медицинской помощи.

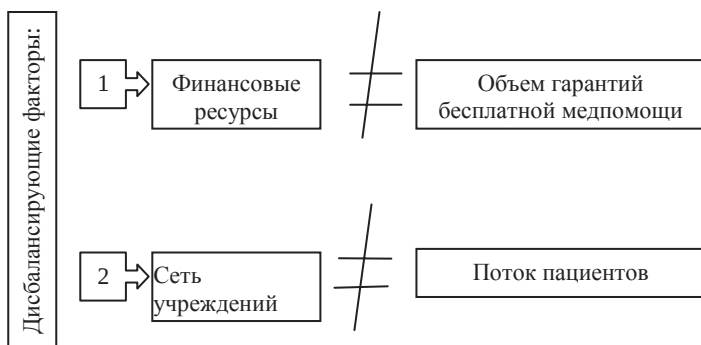


Рис.1. Проблемы ресурсного обеспечения отрасли здравоохранения Республики Саха (Якутия)

Обосновывая негативное влияние первого дисбаланса на уровень финансового обеспечения отрасли, следует на наш взгляд, более детально рассмотреть социальные нормативы, с помощью которых формируется расчетная потребность Программы государственных гарантий в Республике Саха (Якутия). Начиная с 1999 г., формирование объемов финансирования учреждений образования, здравоохранения, культуры, социального обслуживания, физической культуры и спорта осуществляется на основе временных социальных нормативов, утвержденных постановлением Правительства РС(Я) от 11.08.1998 г. №369*.

Данные нормативы разработаны в соответствии с Указом Президента РФ от 23.05.1996 г. № 769 «Об организации подготовки государственных минимальных социальных стандартов для определения финансовых нормативов формирования бюджетов субъектов Российской Федерации и местных бюджетов». Они рассчитаны с учетом государственных минимальных стандартов по основным показателям уровня жизни, затратам на науку, культуру, образование, медицинское обслуживание, экологию.

Полагаем, что применение на практике данных социальных нормативов обусловлено необходимостью достижения соразмерности расходов регионального бюджета с имеющимися реальными возможностями его доходной части. В то время как основная часть объемов медицинской помощи, исчисляемая в стоимостном выражении в Республике Саха (Якутия), формиру-

ется исходя из сложившейся коечной сети, независимо от ее фактических оборотов (рис.2).

Собственно, данная ситуация закреплена методикой и порядком формирования показателей Территориальной

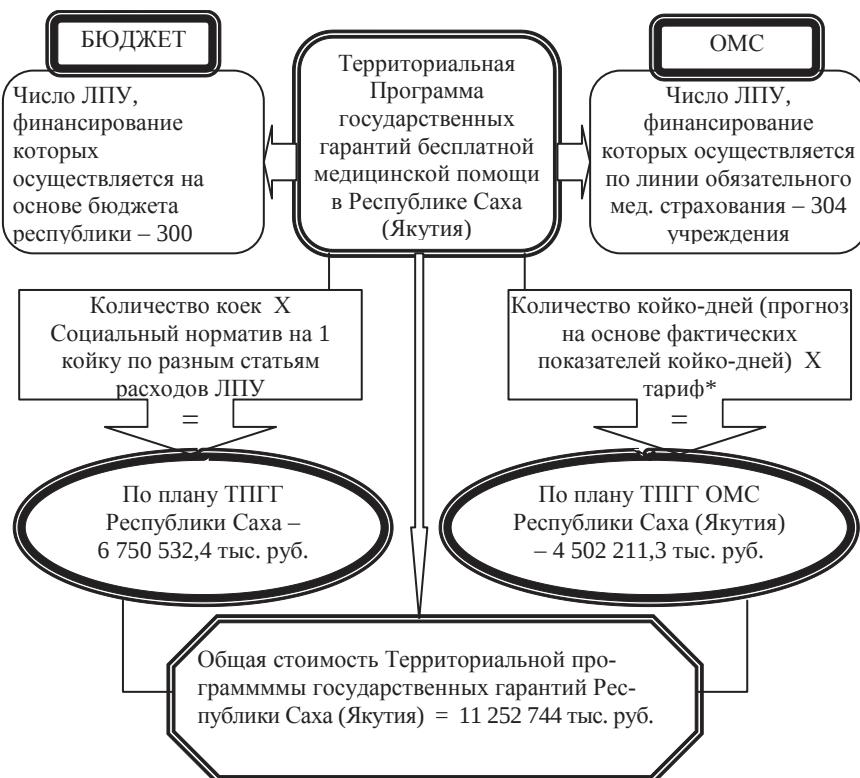
программы государственных гарантий Республики Саха (Якутия). Эта Программа конкретизирует многоканальную систему финансового обеспечения отрасли здравоохранения.

Бюджетная составляющая Территориальной программы государственных гарантий складывается из расчета социального норматива на количество коек. В отличие от нее, ТПГ ОМС формируется на базе двух показателей: количество койко-дней (прогноз на основе фактических показателей койко-дней) и тариф, ориентированный на социальные нормативы. Уровень

тарифа ограничен ресурсными возможностями территориальной системы ОМС. Отметим, что структуру этого тарифа определяют пять элементов (статей затрат): заработная плата, медикаменты и перевязочные средства, питание больных, прочие.

Проведенное исследование показало, что трехуровневая система финансирования учреждений здравоохранения (республиканский бюджет, средства ОМС, муниципальный бюджет) затрудняет эффективное управление финансовыми ресурсами на уровне республики.

Такую трехуровневую схему доведения финансовых ресурсов до ЛПУ трудно назвать оптимальной, поскольку на практике сформировалось раздельное финансирование учреждений по линии органов управления здравоохранением, местных администраций и структур ОМС. Более того, особо негативным моментом этой практики распределения средств следует считать то, что республиканские учреждения здравоохранения получают средства напрямую по смете расходов. В то время как медицинские учреждения, работающие в системе ОМС, финанси-



* Социальные нормативы ежегодно уточняются постановлениями Правительства РС(Я) с учетом прогнозных цен на планируемый период по видам затрат учреждений, изменений и дополнений нормативных правовых актов.

* Тариф ориентирован на социальные нормативы, ограничен ресурсными возможностями территориальной системы ОМС, оплата по пяти статьям затрат ЛПУ

Рис.2. Действующий порядок формирования Территориальной программы государственных гарантий Республики Саха (Якутия)

руются по видам и объемам медицинской помощи (стационарная помощь - за 1 койко-день лечения по профилям коек, амбулаторно-поликлиническая помощь - за врачебное посещение по врачебным специальностям). По сути, в системе ОМС действует схема «зарабатывания» на основе договоров со страховщиками. Третий участник распределения средств - местный бюджет - получает средства из фонда финансовой поддержки муниципальных администраций на здравоохранение в расчете на население.

Дезинтеграция финансовых потоков происходит:

- по источникам финансирования;
- по видам медицинской помощи (например, амбулаторная и стационарная помощь оплачивается из средств ОМС, а скорая и социально-значимые виды помощи - из бюджета);
- по контингентам населения (застрахован в ОМС или нет);
- по отдельным статьям бюджетной классификации (из системы ОМС пять статей).

В настоящее время в состав затрат, составляющих основу тарифа ОМС, включены расходы медицинских учреждений на оплату труда с начислениями, медикаменты, питание, приобретение мягкого инвентаря. Использование средств на другие статьи расходов считается нецелевым (нерациональным) использованием средств ОМС.

Из сказанного выше следует, что система здравоохранения разделена на три сектора, каждый из которых пользуется своими методами планирования и распределения средств. Концентрация бюджетных средств и средств ОМС происходит на уровне отдельного медицинского учреждения. В отдельных случаях некоторые ЛПУ функционируют на базе сметного финансирования.

Такое разделение затрудняет реализацию принципа единоначалия, на котором, собственно, и должна формироваться система финансового обеспечения отрасли. Кроме того, создаются экономически необоснованные препятствия для создания системы экономической мотивации для каждого учреждения. Лечебно-профилактические учреждения не имеют экономических стимулов к расширению объема деятельности и повышению качества медицинской помощи. Такое положение в значительной мере обесценивает усилия по повышению эффективности управления и качества медицинской помощи.

Принятие Закона № 122 от 22.08.2004 г. № 122-ФЗ «О внесении изменений в законодательные акты РФ и признании утратившими силу некоторых законодательных актов РФ в связи с принятием федеральных законов «О внесении изменений и дополнений в Закон «Об общих принципах организации законодательных (пред-

ставительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов РФ» и «Об общих принципах организации местного самоуправления в РФ» возложило дополнительные обязательства по финансовому обеспечению медицинских учреждений на органы местного самоуправления. В этих условиях конкретные полномочия и ответственность по организации первичной медико-санитарной помощи были возложены на глав муниципальных образований.

Организация специализированной медицинской помощи была отнесена к полномочиям республиканских органов власти и управления (таблица).

Кроме того, в организации медицинской помощи населению республики принимают участие медицинские учреждения федерального уровня (графа 3 таблицы) и учреждения ведомственного подчинения (графа 4 таблицы). Таким образом, отрасль имеет несколько административных вертикалей управления потоками денежных средств. Кроме того, в последнее время прослеживается тенденция горизонтального фрагментирования здравоохранения между отдельными муниципальными образованиями по уровню финансового обеспечения. Существенно ослабла координирующая и регулирующая роль органов управления здравоохранения, снизился потенциал их реального воздействия на процессы, происходящие в муниципальных образованиях.

Важно также подчеркнуть, что необоснованно утрачены некоторые позитивные характеристики прежней системы управления здравоохранением и ее финансовым обеспечением. На сегодня здравоохранение как отрасль лишена главного элемента в управлении любой отраслевой системой, а именно единой, принимаемой всеми уровнями управления, методологии финансового планирования.

Полагаем, что определяющим принципом финансового планирования следует считать программно-целевой, создающий на практике условия для реализации соразмерности финансирования и заявленных гарантий медицинской помощи. Свидетельством реализации программно-целевого принципа планирования и распределения финансовых средств (хотя и с определенными недостатками) является утверждаемая каждый год территориальная Программа государственных гарантий бесплатной медицинской помощи, конкретизирую-

Сеть медицинских учреждений по уровням подчиненности и разграничению государственных полномочий

Минздрав РС (Я)	Муниципальные образования	Федеральное подчинение	Ведомственное подчинение
Областная Больница - 3	Центральная районная больница - 34	Больница ДВОМЦ (Дальневосточный окружной медицинский центр) - 3	Больница ЯНЦ - 1
Поликлиники - 1	Республиканская Больница - 2	Роспотребнадзор - 2	Узловая больница станции Беркаит
Диспансеры - 5	Улусная больница - 172		М/служба МВД - 1
Туб. Сан. - 1	Врач. амбулатория - 56		Учр. УИН - 1
Центры - 8	Городская больница - 19		
СПК - 1	Диспансеры - 40		
Спецбольницы - 2	Поликлиники - 6		
Бюро - 1	ФАП, ФП - 230		
	Туб. Сан. - 8		
	Центры - 2		
	Станция скорой медицинской помощи - 2		
	Станция переливания крови - 1		
	Спец. Больницы - 5		
	Гор. дом ребенка - 1		
Всего - 22	Всего - 578	Всего - 5	Всего - 4

Итого: подчинение МЗ РС(Я) – 600

подчинение МЗиСР РФ – 605

всего на территории РС (Я) – 609

щая объемы и виды предоставляемой медицинской помощи. Таким образом, одной из поставленных задач нашего исследования является составление рекомендаций, касающихся оптимального финансового наполнения ТПГ республики, с учетом обоснованных потребностей различных групп населения в медицинской помощи, состояния действующей сети ЛПУ в условиях ограниченных финансовых возможностей региона.

Вышеуказанные особенности развития отрасли здравоохранения республики характерны для многих регионов РФ, полагаем, что сложившийся механизм финансирования требует своевременной модернизации и в этих регионах. Таким образом, для повышения качества медицинской помощи и повышения эффективности использования финансовых средств здравоохранения предлагаются следующие задачи совершенствования отрасли здравоохранения республики.

Во-первых, необходимо сконцентрировать в одном центре управления (республиканский центр финансового обеспечения в рамках Минздрава Республики Саха (Якутия) или ТФОМС РС(Я)) средства бюджетов всех уровней, ресурсы обязательного медицинского страхования. Такая новация должна быть предусмотрена в Программе государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи.

Во-вторых, следует практиковать в республике единый способ оплаты по видам медицинской помощи, сочетающий в себе два критерия: потребности населения в медицинской помощи и фактические показатели единиц медицинской помощи (койко-дни, вызовы, посещения). Для этого следует включить в тарифы на медицинскую помощь все затраты медицинских организаций, кроме расходов на приобретение оборудования, капитальный

ремонт и коммунальное обслуживание.

В-третьих, необходима унификация требований к организации медицинской помощи на основе системы стандартизации услуг здравоохранения.

Для решения поставленных задач необходимо модернизировать финансовый механизм в части совершенствования финансового обеспечения всех видов медицинской помощи (амбулаторно-поликлинической, стационарной, стационарозамещающей и скорой). В частности, считаем целесообразным переход республиканской сети медицинских учреждений на нормативно-подушное финансирование, основу которого составляет рациональное (экономически обоснованное) распределение ресурсов в расчете на душу населения.

Для модернизации финансового механизма отрасли здравоохранения республики необходимо консолидировать бюджетные средства и ресурсы ОМС, направляемые на финансирование медицинских услуг.

Второй вариант модернизации финансового механизма мы рассматриваем как дальнейшее развитие системы стандартизации в республике: разработку объемных и стоимостных нормативов на оказание медицинских услуг и внедрение метода оплаты медицинских услуг по «законченному случаю лечения». Применение такого метода на практике также предполагает консолидацию финансовых ресурсов в едином управляющем центре.

Первый вариант улучшения финансового обеспечения отрасли здравоохранения в республике за счет внедрения нормативно-подушного метода финансирования имеет ряд преимуществ. В частности, он предполагает реализацию программно-целевого принципа планирования и распределения средств. Отчасти такой принцип реализован в республи-

канской Программе государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи жителям республики. Таким образом, постепенно источники финансового обеспечения отрасли здравоохранения в республике будут концентрироваться по источникам ресурсов, по уровням и видам оказания медицинской помощи.

Литература

1. **Закон** «О внесении изменений в законодательные акты Российской Федерации в связи с принятием федеральных законов «О внесении изменений и дополнений в Федеральный закон «Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации» и «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации» № 122, 2004.

2. **Постановление** Правительства Российской Федерации от 30.12.2006 г. № 885 «О Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2007 г.».

3. **Постановление** Правительства Республики Саха (Якутия) от 17 марта 2006 г. №80. «О Программе государственных гарантий оказания населению Республики Саха (Якутия) бесплатной медицинской помощи на 2006 г.»

4. **Актуальные** проблемы ОМС в Республике Саха (Якутия). О ходе реализации территориальной программы ОМС в рамках Программы государственных гарантий оказания гражданам Республики Саха (Якутия) бесплатной медицинской помощи: Прил. к журналу «Народонаселение» ИСЭПН РАН / под. ред. чл.корр. РАН, проф., д.э.н. Н.М. Римашевской и проф., д.м.н. И.П. Катковой. – М.: МАКС Пресс, 2004. – 159 с.

5. **Управление** здравоохранением на современном этапе: проблемы, их причины и возможные пути решения. – М.: «Менеджер здравоохранения», 2007. -128 с.