



# ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ИЗДОРОВЬЕ СБЕРЕЖЕНИЕ

УДК 614.2 + 26.89

## ДАЛЬНЕЙШЕЕ РАЗВИТИЕ ОТРАСЛИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

**М.А. СТЕПЧУК<sup>1</sup>**  
**Т.М. ПИНКУС<sup>1</sup>**  
**С.В. АБРАМОВА<sup>1</sup>**  
**Д.П. БОЖЕНКО<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>*Медицинский информационно-аналитический центр,  
г. Белгород*

<sup>2</sup>*Чернянская центральная  
районная больница,  
Белгородская область*

*e-mail: m.stepchuk@km.ru*

В статье авторы осветили вопросы развития здравоохранения на современном этапе в России и Белгородской области, встречающиеся трудности и пути их решения, направленные на формирование здорового образа жизни, повышение качества и продолжительности жизни населения, в том числе трудоспособного возраста, что будет являться залогом социально-экономического развития области.

Ключевые слова: развитие здравоохранения.

Здравоохранение является важной отраслью непродуцируемой сферы народного хозяйства, потребляющей значительную долю валового внутреннего продукта на охрану здоровья населения, формирование у него здорового образа жизни, повышение доступности и качества медицинской помощи. Эффективное функционирование и развитие здравоохранения должно обеспечить повышение качества и продолжительности активной жизни населения (в том числе трудовых ресурсов), что является залогом устойчивого социально-экономического развития страны и регионов. С другой стороны, объем, и качество медицинской помощи зависит, прежде всего, от происходящих в стране социально-экономических изменений. Эти изменения в последние годы носят отрицательный характер вследствие чего, общественное здоровье населения продолжает ухудшаться. Это ухудшение также напрямую связано и с теми проблемами, которые накопились в системе здравоохранения [1,2,3]. Главные из этих проблем:

- государственные гарантии бесплатной медицинской помощи населению носят декларативный характер и не сбалансированы с финансовыми ресурсами;
- не четко определен механизм реализации прав граждан на получение бесплатной медицинской помощи;
- нет условий для реализации страховых принципов финансирования здравоохранения;
- высокая стоимость и низкое качество медицинской помощи;
- неэффективно используются финансовые ресурсы системы здравоохранения из-за отсутствия мотивации учреждений здравоохранения в укреплении общественного здоровья;
- отсутствует эффективная система оплаты труда работников здравоохранения мотивирующая их в качественном оказании медицинских услуг;
- рост стоимость современных медицинских технологий увеличивает затраты на здравоохранение, что обостряет проблему экономической эффективности использования ресурсов;



– к неэффективному расходованию средств также приводят: различный правовой режим расходования финансовых средств бюджетов всех уровней, многоканальность финансирования обязательного медицинского страхования, отсутствие эффективных механизмов добровольного медицинского страхования и предоставления платных услуг;

– не достаточно сформирована законодательная и нормативно-методическая база здравоохранения;

– потеря управляемости отраслью и её системности при недостаточной чёткости разделения полномочий Российской Федерации, ее субъектов и органов местного самоуправления.

Таким образом, к основным проблемам здравоохранения относятся: ограниченность ресурсов отрасли; её экстенсивное развитие; неэффективное использование ресурсов системы здравоохранения; отсутствие экономической мотивации у медицинских работников в оказании качественных услуг; увеличение доли соучастия пациентов в оплате медицинской помощи; распространение теневой оплаты медицинских услуг; неэффективная система управления отраслью; неэффективная система оказания медицинской помощи. В итоге отрасль здравоохранения к началу третьего тысячелетия нуждалась в существенном реформировании [4, 5].

В этой связи в целях обеспечения устойчивого социально-экономического развития Российской Федерации, одним из приоритетов государственной политики должны являться дальнейшее развитие отрасли здравоохранения, сохранение и укрепление социального здоровья населения.

В Белгородской области в отрасли здравоохранения также произошла переоценка приоритетов, реорганизация и дальнейшее развитие первичной медико-санитарной и высокотехнологичной помощи, совершенствование системы управления.

С целью совершенствования управления системы регионального здравоохранения органы управления здравоохранения в первую очередь реформировали свою организационную структуру. Была проведена реорганизация управления здравоохранения в департамент здравоохранения и социальной защиты населения области. В этой связи расширены функции органа управления здравоохранением и организовано тесное взаимодействие между его структурными подразделениями: управлением организации медицинской помощи; управлением медицинских проблем семьи, материнства, детства и демографической политики; управлением фармацевтической деятельности; управлением экономики, финансов и материально-технического обеспечения; управлением социальной защиты населения; фондом социальной защиты населения; пенсионным фондом; управлением по труду и занятости населения и др. Это положительно сказалось на организации и качестве оказания медицинской и социальной помощи населению области.

В связи с кризисом и дефицитом финансирования отрасли средства распределялись в основном на реализацию целевых программ. Работа всех органов и учреждений здравоохранения была направлена на реализацию: приоритетного национального проекта «Здоровье» (программа повышения качества медицинской помощи, объявленная Президентом РФ В.В. Путиным в 2005г.); пилотного проекта, направленного на повышение качества медицинских услуг в здравоохранении; федеральных, областных и муниципальных целевых программ. Их реализация предусматривала: дальнейшее совершенствование первичной медико-санитарной помощи; укрепление материально-технического и технологического оснащения лечебно-профилактических учреждений первичного звена здравоохранения (на основе инновационных подходов и принципа стандартизации); подготовки медицинских кадров, способных решать задачи, поставленные перед здравоохранением области; повышение качества медицинских услуг в стационаре и создание условий для оказания эффективной медицинской помощи на догоспитальном этапе; развитие высокотехнологичной помощи и профилактической направленности здравоохранения; снижение уровня заболеваемости, инвалидности и смертности населения.

Предусмотренные средства на реализацию приоритетного национального проекта «Здоровье» в области ежегодно направлялись на дополнительные выплаты к заработной плате медицинским работникам первичного звена и скорой медицинской помощи. Так на эти цели в 2010 г. было направлено средств в сумме 304,397 млн. рублей. В результате заработная плата у врачей первичного звена составила более 20 000 рублей, средних медицинских работников – более 7 000 рублей. В целом по области заработная плата врачей всех специальностей увеличилась и составила 15 989 (2009 г. – 11 042). По родовым сертификатам получено 171,14 млн. рублей. По плану иммунизации привито 300 878 человек. Обследовано на ВИЧ 331 575 человек, гепатит В – 315 513, гепатит С – 315 505. Обучено 107 врачей. Обследовано 16 711 новорожденных. Прошли дополнительную диспансеризацию 47 395 работников и 2 269 детей; получили высокотехнологичную помощь 2 330 пациентов. За 2006-2007гг. поставлено 476 единиц оборудования и 151 санитарный автомобиль. Средства от родовых сертификатов использовались на дополнительные выплаты к заработной плате сотрудникам и развитие службы родовспоможения, а от проведения дополнительной диспансеризации – на дополнительные выплаты к заработной плате узким специалистам поликлиники.



В соответствии с постановлением Правительства РФ от 19.05.2007г. №296 (с изм. от 28.11.2007 г.) Белгородская область стала участником реализации пилотного проекта. На его реализацию выделено из федерального и областного бюджетов в равных долях по 387,4 млн. рублей, 40% которых направлены на повышение заработной платы медицинских работников стационаров и 60% – на медикаменты, оборудование и инструментарий. В результате заработная плата медработников в целом по области увеличилась на 34,1% и составила 7 691 руб., а медработников в стационарах – 8 385 руб. Приобретено более 2 600 медицинских приборов, оборудования и инструментария. Из числа учреждений здравоохранения, участвующих в реализации пилотного проекта 71,4% учреждений были оснащены в соответствии с табелями оснащения, рекомендованными Министерством здравоохранения социального развития РФ (при целевом значении 60,0%).

Во время реализации проекта встретились проблемные вопросы, которые приходилось решать руководству здравоохранения: различие стартовых условий (как финансовых, так и материально-технических) лечебно-профилактических учреждений; не соответствие подушевых нормативов фактическим расходам лечебного учреждения; возникновение кредиторской задолженности по расходам, связанным с содержанием медицинских учреждений (коммунальные услуги, обязательные уплаты налогов и т.д.), а также снижение ответственности муниципальных органов исполнительной власти по содержанию здравоохранения (проведение капитального и текущего ремонта зданий, сооружений, оснащение автотранспортом, оборудованием). По завершении проекта правительство области сохранило софинансирование заработной платы медицинским работникам стационаров.

Организовано в области оказание медицинской помощи в соответствии с разработанным 1 344 территориальным и 29 – федеральными стандартами. Оплата медицинской помощи в стационарах осуществляется по законченному случаю по утвержденным тарифам на базе медико-экономических стандартов по основным нозологическим формам заболеваний. Сформирована единая методика контроля качества медицинской помощи. В результате уменьшилось количество дефектов оказания медицинской помощи, появилась возможность планирования реальных затрат на основе стандартов. Федеральные стандарты медицинской помощи внедрили 5 ЛПУ области, региональные – все (100%). В работе со стандартами отмечены отрицательные моменты: многие федеральные стандарты по срокам лечения не соответствуют срокам, установленным на уровне региона; увеличение расходов на медицинскую помощь при финансовой ограниченности территориальной программы государственных гарантий бесплатной медицинской помощи населению области (ТППГ) и др. Осуществлялся контроль реализации других целевых федеральных, региональных и муниципальных программ. Совместное их финансирование бюджетами всех уровней дало положительные результаты.

В условиях развивающегося капитализма одной из важнейших задач, повышения эффективности работы учреждений здравоохранения, является совершенствование системы оплаты труда. В соответствии с постановлением правительства области от 30.11.2006г. № 251-пп и от 24.12.2007 г. № 318-пп «Об утверждении Положения об отраслевой оплате труда работников учреждений здравоохранения Белгородской области», с января 2007г. внедрена отраслевая система оплаты труда медицинских работников, разработаны и внедряются модели структурного управления и подушевого финансирования первичного звена.

Отраслевая система предусматривает новый механизм оплаты труда персонала, с учетом сложности и качества выполняемых работ и систему оценки деятельности, как учреждения в целом, так и персонально медицинских работников на основе показателей результативности, которые утверждены приказом управления здравоохранения от 19.01.2007 г. №36 «Об утверждении примерных критериев (индикаторов) качества медицинской помощи для работников стационара, амбулаторно-поликлинических и параклинических служб, скорой медицинской помощи». Кроме того, она определила новый порядок формирования должностных окладов руководителя, заместителей руководителя и руководителей структурных подразделений, отказавшись от зависимости оклада от количества коек и числа врачебных должностей, сделав упор на уровень медицинской помощи, ее качество и эффективность работы учреждения.

Такой порядок финансирования здравоохранения должен обеспечить не содержание учреждений, а качественное лечение каждого конкретного пациента. Руководители и специалисты стали, заинтересованы в совершенствовании деятельности и оптимизации структуры своих учреждений, в том числе развитии первичной медико-санитарной помощи – основного звена в здравоохранении. Это одно из ключевых условий повышения эффективности системы здравоохранения в целом. Этому также способствовало постановление правительства области от 30.11.2006г. №250-пп «О структурном управлении и подушевом принципе оплаты первичной медико-санитарной помощи в системе обязательного медицинского страхования». В целях



повышения эффективности первичной медико-санитарной помощи, дальнейшего перераспределения объёмов медицинской помощи в пользу амбулаторной оплаты медицинских услуг первичного звена осуществлялась по принципу подушевого финансирования. Размер ежемесячного финансирования участковой службы определяется исходя из численности и возрастной структуры прикрепленных жителей и подушевых нормативов финансирования, утверждаемых Генеральным тарифным соглашением. Врачам первичного звена поставлена задача, быть полноценными «хозяевами» здоровья населения в своих территориях и распорядителями финансовых средств. Величина норматива подушевого финансирования для амбулаторно-поликлинических учреждений за год реализации пилотного проекта составила 443,96 руб., за весь период— 707,57 руб. за счет включения в состав норматива расходов по финансированию дневных стационаров всех типов и узких врачей – специалистов амбулаторно-поликлинической помощи.

По вопросам обеспечения структурной эффективности медицинской помощи назначен 221 наблюдательный Совет (при каждом ЛПУ). Ежемесячно наблюдательный Совет осуществляет оценку деятельности участковой службы: участкового терапевта, участкового педиатра и врача общей (семейной) практики. Оценка производится по утвержденным базовым показателям, отражающим состояние здоровья населения и качество оказанной медицинской помощи. По результатам оценки определяется оплата труда персонала участковой службы с учетом выплат стимулирующего характера.

Во всех муниципальных образованиях области внедрена система свободного выбора населением врача первичного звена. Установленные критерии оценки результатов работы участковых врачей: уровень госпитализации; частота вызовов скорой медицинской помощи к жителям участка; уровень смертности на участке лиц трудоспособного возраста, в том числе от сердечно-сосудистых заболеваний; состояние здоровья населения участка; профилактические мероприятия и ряд др., требуют от них стать заинтересованными, чтобы каждый пациент был удовлетворен оказанием качественной медицинской помощью. Стремиться, чтобы пациент не перешел на обслуживание другому врачу, к врачу высшего уровня по статусу учреждения, еще хуже, на госпитализацию в стационар, минуя участкового врача. В первую очередь врач становится, заинтересован в проведении профилактических мероприятий, в здоровом образе жизни пациента, не допуская ухудшения состояния здоровья, повлекшее за собой обращение в поликлинику и, тем более, запущенных случаев, повлекших за собой госпитализацию. В этой связи принцип подушевого финансирования первичного звена будет способствовать перераспределению объемов медицинской помощи в пользу амбулаторной, как менее затратной формы.

В областном бюджете с 2008 год были увеличены платежи на неработающее население за счет прочих расходов с учётом поэтапного перехода учреждений здравоохранения, участвующих в реализации пилотного проекта на территории области, преимущественно на одноканальное финансирование через систему обязательного медицинского страхования. Величина норматива подушевого финансирования ТППГ за год реализации пилотного проекта составила 4 531,88 рублей (при целевом значении 4 063), за весь период реализации – 7 290,66 рублей. Переход на одноканальное финансирование позволил руководителю ЛПУ экономии средств (по результатам торгов на поставку продукции и выполнение услуг), направлять на более реальные нужды учреждения. За данный период средства были направлены на укрепление материально-технической базы ЛПУ, оснащение медицинским оборудованием, приобретение в более полном объёме лекарственных средств, а также на оплату труда медицинских работников за выполнение критериев качества медицинской помощи и достижение конечных результатов. С 2009 г. из-за дефицита финансирования одноканальное финансирование временно прекращено и планируется постепенное его возобновление к 2013 году.

Руководство здравоохранения района и муниципальных образований на основании оперативных данных мониторинга основных показателей деятельности учреждений и их подразделений своевременно принимает управленческие решения. Совершенствуется информатизация отрасли, система контроля качества медицинской помощи, лекарственное обеспечение, безопасное донорство, оказание специализированной помощи (в том числе высокотехнологичной), медицинская помощь при социально-значимых заболеваниях (включая сердечно-сосудистые), онкологические, тяжелые травмы при дорожно-транспортных происшествиях.

Постановлением правительства области от 28 марта 2011 года №114-пп «Об утверждении Программы модернизации здравоохранения Белгородской области на 2011-2012 годы» утверждена Программа модернизации здравоохранения области на 2011-2012 годы, которая предусматривает дополнительное финансирование около 3 миллиардов рублей на развитие материально-технической базы учреждений здравоохранения, стандартизацию и информатизацию отрасли.



Таким образом, на примере развития системы здравоохранения Белгородской области повышение её эффективности в условиях рыночных отношений, реформирование её структуры и совершенствование управления позволит создать систему здравоохранения, обеспечивающую доступную и качественную медицинскую помощь на основе мотивации конечных результатов труда медицинских работников и стандартизации с учетом передовых достижений медицинской науки, техники. Обеспечит формирование здорового образа жизни населения, повышение качества и продолжительности жизни населения, и будет являться залогом устойчивого социально-экономического развития региона.

### Литература

1. Бабко, Н.В. Реформы здравоохранения в постсоветской России: прошлое и будущее / Н.В. Бабко, П.А. Ореховский // Общество и экономика, 2005, №6.
2. Найговзина, Н.Б. Система здравоохранения в Российской Федерации: Организационно-правовые аспекты. / Н.Б. Найговзина, М.А. Ковалевский // Учебное пособие для вузов Изд. 2-е, испр., доп. – 464 с. Издательство: М: ГЭОТАР МЕД., 2004., – 464с.
3. Найговзина, Н.Б. Реформирование здравоохранения – объективная реальность / Н.Б. найговзина // Советник бухгалтера в здравоохранении", 2005, N 1.
4. Матвеев, Э.Н. Предпосылки и пути комплексной реструктуризации сети учреждений здравоохранения на региональном уровне / Э.Н. Матвеев, С.А. Леонов, И.М.Сон // Социал. аспекты здоровья населения. 2008. - № 1. – С.34-38.
5. Михайлова, Ю.В. Научные основы стратегического планирования в здравоохранении / Ю.В. Михайлова // Экономика здравоохранения. 2002. – № 3. – С. 4852.
6. Пинкус, Т.М. Повышение структурной эффективности системы здравоохранения области / Т.М. Пинкус, М.А. Степчук, С.В. Абрамова // Проблемы экономики и управления.– Белгород, 2009. – №4. – С.181-183.
7. Степчук, М.А. Повышение эффективности системы регионального здравоохранения в условиях рыночных отношений, реформирование её структуры и совершенствование / М.А. Степчук, Т.М. Пинкус, С.В. Абрамова // Экономический вестник Донбасса.– Донецк, 2009. – №4. – С.171.

## FURTHER DEVELOPMENT OF THE HEALTH CARE INDUSTRY

**M.A. STEPCHUK<sup>1</sup>**

**T.M. PINKUS<sup>1</sup>**

**S.V. ABRAMOVA<sup>1</sup>**

**D.P. BOZHENKO<sup>2</sup>**

*<sup>1)</sup>The Medical Information-  
Analytical Centre*

*<sup>2)</sup>Chernyansky Central District  
Hospital*

*e-mail: m.stepchuk@km.ru*

The authors highlighted the issues of public health at the present stage in Russia and the Belgorod region, the difficulties encountered and solutions aimed at promoting a healthy lifestyle, improving the quality and life expectancy, including working age, which would be the key to socio-economic development of the region.

Keywords: health care development.