

ОБЩЕСТВО

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

Геннадий Шабалин: Цель любой реформы — экономия бюджетных средств

Председатель Пермской краевой организации профсоюза работников здравоохранения РФ рассказал, как и почему в медицинской отрасли вновь выстраивается управленческая вертикаль

ТАТЬЯНА ВЛАСЕНКО

— Геннадий Алексеевич, год назад в интервью «Новому компаньону» вы сказали на то, что реформа здравоохранения умножила количество проблем отрасли. Ваше настроение по-прежнему пессимистично?

— Ситуация явно меняется в лучшую сторону. При этом надо понимать, что процесс реформирования бесконечен. В этом году в рамках реформы началась реорганизация здравоохранения двух уровней — краевого и федерального.

В частности, на краевом уровне принято решение, что с 1 июля всё муниципальное здравоохранение должно стать государственным. По сути, предпринимается попытка вновь выстроить вертикаль управления отраслью.

Сегодня для муниципалитетов приказы федерального министра — не более чем рекомендация. Точно так же, как и приказы краевого Минздрава. На территориях муниципалитетов свои органы законодательной власти должны эти рекомендации рассмотреть и решить, принимать их или нет.

К примеру, постановление правительства Пермского края о повышении с января 2014 года базовых окладов медицинским работникам кто-то принял к исполнению, а две территории Прикамья проигнорировали. И у них есть на это право в соответствии с федеральным законодательством. Чтобы уйти от таких коллизий, Минздрав России на базе федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан РФ» вновь выстраивает управленческую вертикаль.

Этот процесс довольно длительный, он идёт с 2012 года. Для того чтобы передать имущество медицинских учреждений в краевую собственность, требуется решение местного законодательного органа власти. С одной стороны, в этом деле есть политический момент. С другой стороны, собственник по понятным причинам не хочет отказываться от своего имущества, поскольку понимает, что, забирая полномочия, государство лишает финансирования соответствующие разделы местного бюджета. То есть через муниципалитет никакие деньги на здравоохранение больше проходить не будут.

На федеральном уровне решается своя задача — переход на новую систему оплаты медицинской услуги. Раньше работа стационаров оплачивалась по койко-дням. Теперь решено перейти на клинические группы (КСГ), чтобы оплачивать не койко-день, а

законченный медицинский случай. Пролечился пациент — стационару заплатили. Перечень заболеваний велик, но они группируются в определённые классы, более или менее похожие, для которых должен быть установлен определённый тариф.

— В чём смысл очередной смены тарифной политики?

— Самый простой аргумент заключается в том, что в системе расчётов по койко-дню трудно учесть тяжесть заболевания. А КСГ предусматривает коэффициенты, и в зависимости от тяжести заболевания будут формироваться тарифы. Тем более что сегодня только около 3% пациентов имеют монозаболевание. У всех остальных диагностируются сопутствующие (к инсульту ещё гипертоническая болезнь, сахарный диабет и так далее). Тариф для такой группы больных может быть выше. В принципе, это логичный подход. Но это с точки зрения медицины.

Есть и другая сторона проблемы: цель любой реформы — экономия бюджетных средств. Здесь свои обоснования. Например, стационару рассчитали тариф по медицинскому случаю на 1 тыс. больных в год. Допустим, их пролечили за 10 месяцев, а не за 12, поскольку использовали новые эффективные препараты, современное оборудование и автоматизированные методы исследования. Это действительно сегодня возможно. В итоге высвобождаются больничные койки, медперсонал.

Понятно, что больницам не дадут госпитализировать пациентов сверх лимита, государство вряд ли скажет: получите на это дополнительные средства. На таких расчётах основывается экономия бюджета в стационарном лечении.

Ещё один путь экономии средств — развитие системы стационаров дневного пребывания, где койко-место существенно дешевле.

— А если больница пролечила установленное количество больных, и тут появился ещё один, сверх норматива. Его уже не возьмут?

— Экстренного больного возьмут в любом случае, но при этом планового отодвинут в очередь. Здесь важно правильно просчитать объёмы. По койко-дням ведь тоже есть норматив: «потолок» определён, и нижнюю планку тоже следует строго соблюдать. Стационару нужно выполнить план на 99,9%, только тогда он получит полное финансиро-

вание. Недовыполнение установленного норматива означает недополучение средств. Перевыполнил план — лешишь «сверхнормативных» больных за свои деньги. Так что перевыполнять планы стационарам категорически не рекомендуется.

В поликлиниках другой подход. Мы понимаем, что первичное звено должно работать более эффективно, и очень бы хотелось, чтобы туда обращалось больше пациентов. В среднем каждый человек должен девять раз в год обратиться в больницу, где «потолка» нет. Кто-то выполняет план на 100%, кто-то — на 120%. Поликлиникам эта работа оплачивается полностью. Политика правительства направлена на то, чтобы больше людей обращалось в первичное звено. Соответственно, необходимо, чтобы лечебные учреждения брали объёмы, соответствующие численности населения, которое проживает на конкретной территории.

— А как экономия средств скажется на больных?

— Для больных, в принципе, никакой разницы нет. Те объёмы, которые сегодня существуют по койко-дням, будут пересчитаны в медицинские случаи. Возможно, это даже лучше — мы сможем пролечить большее количество пациентов, поскольку срок пребывания в больнице, скорее всего, сократится.

Переход с койко-дня на законченный медицинский случай — это непростое техническое мероприятие. Оно требует времени, чтобы подобрать оптимальный вариант в соответствии с уровнем лечебного учреждения и потребностями населения.

Екатеринбург в этой системе работает уже полтора года. Правда, наши соседи до сих пор отрабатывают ряд моментов в ручном режиме, ибо это действительно непростой механизм.

— Почему Пермский край сегодня оказался в числе отстающих в переходе на новую тарификацию, хотя начинал реформу первым в стране?

— Разные территории преуспели в различных направлениях. Пермяки успешно перешли на подушевое финансирование, одними из первых ввели фондодержание, отделив поликлиники от стационаров. Пермский край — единственный субъект РФ, где хорошо развилась частная медицина. У нас более 30% первичной помощи оказывает сегодня частный бизнес (в некоторых субъектах Федерации этот показатель не

дотягивает и до 1%). Многие частные фирмы укомплектованы узкими специалистами. И они принимают пациентов по полису ОМС.

Прежний состав краевого Минздрава искал экономические рычаги, формы экономического стимулирования. Но в то время финансирование было более скучным, чем сегодня. 2013 год стал по части финансирования, наверное, самым благоприятным за минувшие 17 лет. На программу модернизации Пермский край получил немалые федеральные средства, которых хватило на то, чтобы повысить заработную плату медикам и оснастить лечебные учреждения современным оборудованием. В частности, приобретён не один десяток компьютерных томографов.

Правда, о финансировании 2014 года такого не скажешь: бюджет ОМС вырос всего на 6–7%, тогда как в предыдущий год он увеличился на более значительный процент.

— Изменилась ли ситуация с кадрами?

— Я прежде пессимистически смотрел на программу привлечения и закрепления кадров в медицине, принятую в крае. Но она принесла определённые результаты. Прежде всего, 90 специалистов в возрасте до 35 лет приехали в сельскую местность и получили в качестве подъёмных по 1 млн руб.

По программу финансировали из федерального и регионального бюджетов в соотношении 50 на 50. За счёт неё многие выпускники поступили в интернатуру на бесплатной основе. Медработникам начали оплачивать аренду квартир (10 тыс. руб. по Перми и в разных суммах на территории муниципалитетов).

Таким образом, в целом край привлек в отрасль около 400 врачей и среднего персонала. При этом выезд за пределы Прикамья значительно сократился. Раньше регион терял от 120 до 170 специалистов ежегодно. В прошлом году выехали около 10 человек.

Нам удалось в основном стабилизировать ситуацию с оттоком кадров, резко сократив потери за счёт уровня оплаты труда. В 2013 году край по сравнению с другими субъектами ПривФО по уровню заработной платы лидировал. Средний уровень оплаты труда врачающего персонала в регионе составляет 40 тыс. руб. (22 тыс. руб. по среднему персоналу, 12 тыс. руб. — по младшему). По этому показателю край обошёл и Татарстан, и Самару.