**Описание проблемы.**

Существующая государственная система здравоохранения потерпела крах, в особенности на районных уровнях.

В Минздраве объясняют большую кредиторскую задолженность районных больниц неэффективным управлением медучреждениями. Но давайте посмотрим на саму структуру здравоохранения и ее эффективность.

В настоящий момент структура здравоохранения на государственном уровне сложна, и зачастую ее звенья дублируют работу друг друга. Из-за чего страдает достоверность получаемых данных, "заваливаются" повторяющимися отчетами специалисты на местах, не экономно распределяются средства на данную структуру. Кроме того, повышается уровень коррупции.

Посмотрим на элементы структуры нашего здравоохранения, которые дублируют функции друг друга, создавая при этом неразбериху в рядовых больницах (для полного понимания опишем простым языком):

I. **Фонд обязательного медицинского страхования (ОМС)**. Функция фонда понятна и ясна. Выделяют больницам финансовые средства исходя из полученных от них показателей. Проверяют расходование данных средств, собирают множество отчетов. В фонде ОМС в крае (области и тп.) есть Директор, бухгалтерия и т.п. В межрайонных центрах ФОМС так же есть еще директора и бухгалтерии и т.п. со своими зарплатами и премиями.

II. **Департамент здравоохранения (ДЗ)** (на уровне края, области…). Вроде должен выполнять поручения Министерства здравоохранения (ну исходя из определения). По факту: специалисты ДЗ проверяют расходование денежных средств. Собирают отчеты (в том числе те, что уже собирал Фонд ОМС). Нет общих данных по учреждениям (базы) ни по зарплатам персонала подчинённых больниц, ни по материальным базам. Система сбора данных – заслуживает отдельного написания.

Данные собираются в таблицах Excel со всех больниц (или средствами МИАЦ), через определенный промежуток специалисты ДЗ просят их повторить, но уже дополнив другими данными. Бывает, что специалисты подведомственных больниц сидят до утра – выполняя «срочный» запрос из ДЗ, а на следующий день к концу рабочего дня добавляют еще пару граф или строк в этот же отчет, и специалисты обычной больницы снова сидят до утра, набирая изменившийся отчет. В результате районные больницы не могут вовремя сдать отчет и получить финансирование. Из-за чего все выливается в дополнительные пени и штрафы. Эти штрафные санкции не заложены в финансирование ни одной больницы, но в судебных решениях эти средства определены как обязательные платежи, которые больницы должны выплачивать из собственных средств (от оказания платных медицинских услуг), вымывая тем самым заработную плату работников, оказывающих платные услуги.

Увы, это не единичный случай – это закономерно повторяющийся факт по всей нашей стране! Кроме того, специалисты ДЗ так же заняты обработкой всевозможных отчетов и зачастую не могут проконсультировать свои подведомственные учреждения в рутинных вопросах организации работы. Перенаправляют письма, направленные здравоохранением (из-за нехватки времени) по районным больницам на исполнение, где зачастую нет соответствующего компетентного персонала за счет того, что они находятся на другом уровне . Так каждая больница в отдельности в 2014 году сама "выдумывала" критерии эффективности работы каждого своего сотрудника, в соответствии с которыми выплачивается заработная плата. Из-за чего в итоге мы видим значительные разницы в зарплатах больницами одного уровня но разных районов.

Зачастую на подведомственные учреждения ДЗ «сбрасывает» свою обязанность по созданию нормативных документов, разработке всевозможных программ из-за отсутствия времени (т.к. тоже вынуждены «вручную» обрабатывать отчеты) что отвлекает от прямых обязанностей специалистов в районных больницах… мотивируя это словами – «вы сделаете, а мы выберем лучшую». Как итог каждое учреждение «что составило – по тому и работает». В результате чего, наблюдается полное разночтение типовых номенклатурных документов (зарплата то или закупки или учет) а одних и тех же подразделениях в разных районах региона и даже города.

Во главе ДЗ стоит так же директор, бухгалтерия - огромный штат с немаленькими зарплатами.

III. **Медицинский информационно-аналитический центр (МИАЦ)** - как вишенка на торте пирамидки под названием «здравоохранение». Из определения понятно, что эти центры должны собирать и анализировать информацию. А зачем это делали предыдущие две структуры? Верно – чтобы в третий раз специалисты больницы внесли те же данные, что уже давали двум вышеописанным организациям, но уже в другую табличку в красивой программе МИАЦ, которые у каждого МИАЦ в каждом крае или области свои…

МИАЦ тоже имеет своего директора, бухгалтерию, хозяйственный персонал и т.п.

И так, у нас получается своеобразный региональный Змей-Горыныч здравоохранения – три головы, и каждая по себе, но повторяющие функции друг друга и получающие неплохую зарплату.

Каким образом Змеи-Горынычи предоставляют информацию в вышестоящие органы, думается, подобным образом. Какова ее достоверность - правильно нулевая.

Теперь о больницах. С 2014 года все учреждения здравоохранения построены по модели разных эффективных уровней. Данная модель связана с территориальной близостью населенных пунктов на западе России. Из-за этого в Сибири и на Дальнем востоке из-за территориальной отдаленности данная модель потерпела крах, т.к. села располагаются в 200-300 км от районного центра; отсутствует дорожное полотно и иногда даже гравийное; в некоторых населенных пунктах до сих пор электричество дается по часам и телемедицина не везде проходит; стоимость потребительской корзины в таких населенных пунктах зачастую наравне с городом а зачастую и выше, а заработная плата очень низкая.

Из-за того, что больницы, расположенные в районных центрах Сибири и Дальнего Востока находятся на нижней ступни иерархической модели здравоохранения их финансирование значительно ниже всех остальных, а расходы - особенно на бензин и на продукты питания из-за территориальной отдаленности от региональных центров значительно выше других. От сюда и идет накопление кредиторской задолженности данными больницами, о контрой Минздрав пишет "кредиторская задолженность образовалась из-за непрофессионализма главных врачей". По факту -эта задолженность из-за непрофессионально выстроенной иерархической структуры здравоохранения, отсутствия обучения руководящего состава и отсутствия должного руководства и контроля.

На районном уровне тоже есть свои минусы, которые напрямую зависят от эффективной слаженной работы ДЗПК, ОМС и МИАЦ по улучшению здравоохранения на местах. рассмотрим подробнее.

К примеру, информацию о каждом конкретном случае заболевания вводит не врач а отдел статистики (в районных больницах). У врачей в районных поликлиниках нет компьютеризированных рабочих мест. Это приводит к тому, что месячные отчеты по заболеваниям и смертности корректируются на местах в сторону лучших показателей, что не показывает реальную картину дел по здоровью в районах, а наоборот вуалирует отрицательные имеющиеся показатели. Зачастую статистики сами корректируют заболеваний которые потом не соответствуют с заболеваниями в карте пациента. Вследствие чего после проверки карт и данных статотчетности Фонд ОСМ начисляет больницам штрафы и снимает с больниц деньги. Получается своего рода двойное списание денег, причем задним числом (в следующем месяце, квартале, годе) а по факту больница рассчитывала на данное финансирование и уже использовала финансирование - закупила расходные материалы и выплатила заработную плату.

В связи с тем, что районные больницы живут по принципу - что могу (хочу) то и закупаю складывается следующая ситуация: больницы на районных уровнях не имеют права (запрет на уровне ДЗ и ОМС) закупать оборудование свыше 100 тысяч рублей (исключение - на мед оборудование иногда дают субсидии на закупку из бюджета региона); закупать капитальные ремонты без одобрения ДЗ и ОМС. К чему это приводит, представим ситуацию, к примеру у вас сломался генератор, который питает реанимацию , роддом и хирургию. Стоит он тысяч 400. Денег на него не дают - это же немедицинское оборудование стоимостью свыше 100 тысяч рублей!!! Т.е. больнице на него денег никто не выделит, но с главного врача спросят и по смертности и по чрезвычайной ситуации если электричество выключат, а аварийное не сработает. Как приходится действовать главному врачу - правильно, проводить генератор чем-то другим, что можно быстро списать по бухгалтерии. Это коррупция - верно. А как выживать? Получается, что сами того не желая все главные врачи так или иначе задействованы в этой схеме, т.к. болеют каждый за свою больницу. А ведь это забота вышеописанной и вышестоящей структуры (ДЗ, ОМС, МИАЦ), которые сваливает все свои обязанности и вместо того, чтобы разрешить сложную ситуацию на больницу и главного врача, тем самым повышая коррупционную составляющую.

Заявки на необходимое оснащение и ремонты направляются в ДЗ, ОМС, МИАЦ ежегодно, о их финансировании более подробно опишем ниже.

Отдельно хочется написать о том, как проверяют больницы на районном уровне. Ни разу с времен 90-х годов прошлого столетия не приезжало ни одной комиссии для проверки и оценки состояния той материальной базы в районах, на которой работают больницы Дальнего Востока и Сибири.

Проверяющие приезжают только за тем, чтобы посмотреть исполнительную и финансовую дисциплину. На чем и как работает отдельное учреждение здравоохранения всем - все равно! Главное, чтобы не больше чем на выделенную сумму.

Модернизация здравоохранения, проведенная в 2011-2013 гг проводилась на основании того, что сами больницы составляли сметы, сметы проходили оценку в органах градостроения и строительства и ложились на стол ДЗ. Смет было много, по какому принципу на них выделялось финансирование в ДЗ и ОМС - непонятно. Но лишь 1/5 от преданных смет были профинансированы. При чем большая часть смет - в городах. Районные же больницы за счет этого оказались в плачевном состоянии (грибок, плесень, разваленные здания и сооружений, ремонт которых выше стоимости постройки новых). Такая же ситуация по приобретению модульных ФАП - чем дальше район от регионального центра (тем меньше вероятность что его поедут проверять вышестоящие товарищи из центра) тем меньше модульных фельдшерско-акушерских пунктов -ФАП ему и досталось. Так в 2014-2015 годах на Дальний Восток было поставлено множество ФАП, но т.к. данные ФАП поставлялись с запада нашей страны никто не учел региональные особенности почв. В итоге - если поднять статистику и проанализировать -все поставленные в этот период ФПА пришлось перестраивать и затрачивать дополнительные деньги на их ремонт и реконструкцию (кровля, электрика, панели, сантехника и т.п.). Если в поисковике набрать "кровли ФАП" то выдут тендеры по всему Дальнему Востоку и Сибири где на новых модульных ФАП делают новые крыши. Это и есть рациональное использование бюджета?

Если бы своевременно по всем районам, в которые требуется ФАПы была направлена проверка с целью проверить местность, грунт, возможность подключения к эелктро- и коммунальным ресурсам, то эти расходы были бы значительно ниже.

Так и распределяется финансирование - чем дальше от регионального центра - тем меньше дают материальных (финансовых) благ, ведь вероятность что придут проверять, в том числе из центральной России тоже мала. В итоге имеем разрушенные здания, устаревшее оборудование, пожилой коллектив. Скоро районные больницы Сибири и Дальнего Востока таким образом прейдут на лечение пациентов бабками-ведуньями подручными средствами - подорожник и ромашка, т.к. расходы на давно развалившееся и агонирующее хозяйство очень высоки, а проверить реальную картину никто никогда не приедет, а на восстановление денег выделят лишь по остаточному принципу.

**Вопросы** напрашиваются сами собой.

1. Зачем усложнять работу обычному больничному сотруднику, который дважды, трижды предоставляет одни и те же данные в три разных медицинских организации. Это не учитывая проверок прокуратуры и Росздравнадзора.
2. Почему данные не хранятся и не передаются между тремя этими вышеописанными организациями?
3. Какова вероятность, что конкретное учреждение предоставит реальные данные, раз эти данные между собой никогда не пересекаются?
4. Зачем платить зарплату трем (по факту с межрайонными более) директорам, трем бухгалтериям и т.п. в одном регионе, когда можно объединить данную структуру по образу Пенсионного фонда, где все прозрачно и едино с одним директором с одной бухгалтерией, с одним аналитическим отделом, с общей на всех базой данных?
5. Как проверяется конкретная потребность в чем-либо на местах (в конкретных больницах) что хочу – то и потребность? То и покупаю? На то и выделяете финансирование? Реальна ли данная потребность, обоснована? Почему не выделяются средства на обновление дорогостоящих основных средств немедицинского оборудования (на прачку, пищеблок, хозяйственные нужды)?
6. Почему при множестве проверок ни одна из них не видит конкретную потребность в материальных и финансовых ресурсах каждой больницы в отдельности?
7. Почему за три года никто не поднял вопрос об эффективности существующей модели здравоохранения для регионов Сибири и Дальнего Востока? Почему все минусы данной модели принято связывать с непрофессионализмом главных врачей на местах, когда модель рушится по всем описанным регионам?
8. Почему не проводятся образовательные мероприятия (кроме экономистов) для других руководителей структурных подразделений обычных больниц? Почему для них нет аттестации для проверки профессиональных навыков и знаний на вышестоящем уровне?
9. Зачем содержать отдел статистики в каждой больнице, который корректирует отчеты так, что они не сходятся с реальными данными пациентов, когда данные по каждому случаю может вносить врач на своем рабочем месте а отчетами должны заниматься экономисты?
10. Как долго просуществуют районные больницы в отдаленных районах, если 90% их персонала пенсионеры, которые работают до последнего своего дыхания?
11. Почему в отдаленные районные больницы Сибири и Дальнего востока не стремиться ехать на работу молодежь, получившая медицинское образование?
12. Почему на оборудовании и в зданиях районных больниц работать страшно и опасно?
13. Насколько зависит смертность населения он материальной базы больницы?
14. Почему лишь работая на 1,5 - 2, а то и 3 ставки врач районной больницы может получить заветные 40 тысяч рублей зарплаты, а медсестра 23-25? Почему в медицинских учреждениях заработная плата немедицинского персонала меньше чем у санитарок, если первые имеют высшее образование?

**Решение.**

Для того, чтобы усовершенствовать систему здравоохранения предлагаю:

1 – Централизация на региональных уровнях. Для этого необходимо реорганизовать МИАЦ, ДЗ и преобразовать фонд ОМС по примеру Пенсионного Фонда РФ. За счет реорганизации лишних структурных подразделений высвободится немалая сумма финансовых, материальных и трудовых ресурсов, которые могут быть перенаправлены на преобразование фонда ОМС. Создание в нем отделов, отвечающих основным функциям распределяющего и контролирующего финансовые средства медицинского страхования с прямым подчинением ему муниципальных, городских, автономных, краевых учреждений здравоохранения.

2 – Ужесточить контроль за подведомственными учреждениями здравоохранения путем сбора, анализа и централизации основных данных. А именно проводить постоянный полный анализ и контроль за данными по материальному снабжению и уровнями заработной платы учреждений здравоохранения. Для этого необходимо:

1. Централизация и объединение всех бухгалтерских данных всех учреждений здравоохранения. Пути решения (за образец берем успешно действующую с 2002 года систему централизации бухгалтерских данных Пенсионного Фонда РФ):

1. Обязать поставить в учреждения здравоохранения всех уровнейнесколько модулей программы 1С вучреждениях здравоохранениявсех уровней:

- Модуль «[1С:Бухгалтерия государственного учреждения](http://v8.1c.ru/stateacc/)» и «1С:Бюджетная отчетность» - для ведения бухгалтерского учета;

- Модуль «[1С:Зарплата и кадры государственного учреждения](http://v8.1c.ru/statehrm/)» - для ведения данных от сотрудниках и заработной плате;

- Модуль «1С:Медицина. Больничная аптека» - для учета передвижения и хранения лекарственных средств на складах;

- Модуль «1С:Государственные и муниципальные закупки»- для учета закупочных процедур.

Данная процедура позволит не завышать и заглаживать подводные камни, которые зачастую сглаживают на местах и из-за которой реальная картина состояния здравоохранения попросту существенно искажает реальную картину, а как можно контролировать и строить стратегические реорганизации системы здравоохранения построенные на ложных отчетах?

Кроме того данная процедура укажет конкретную потребность той или иной больницы, выявит конкретные проблемы. И действительные проблемы будет решить проще, нежели быть в погоне за «ветряными мельницами».

Так же данный шаг позволит централизовать закупки учреждений здравоохранения, что, в свою очередь снизит коррупционную составляющую на уровнях подведомственных учреждений.

1. Всем учреждениям здравоохранения в обязательном порядке вести учет заработной платы, бухгалтерского учета по всем статьям, данных по остаткам и передвижению в аптечных складах строго в данных 1С модулях.
2. Раз в месяц данные из учреждений здравоохранения низших уровней выгружаются из всех модулей 1С в базу данных регионального отдела. На базе полученных данных IT отдел самостоятельно формирует необходимую отчетность и провидит различного рода анализы.

3 – Компьютеризировать рабочие места врачей поликлиник, лабораторий, аптечных пунктов и стационаров всех уровней с обязательным введением всех статистических данных по каждому пациенту с дальнейшим сокращением отделов статистики.

4 – Проводить аттестацию начальников всех структурных подразделений (раз в три года) и заместителей главного врача больниц исключительно в вышестоящей организации здравоохранения.

5 – Пересмотреть существующую модель здравоохранения в плане увеличения финансирования для отдаленных от региональных центров больниц. Значительно увеличить статью расходов для отдаленных от региональных центров больниц на ГСМ и питание, пересмотреть расчет заработной платы сотрудников, в том числе немедицинских.

6 – Пересмотреть существующее штатное расписание медицинских учреждений всех уровней с окладами в 3, 5, 7 тысяч рублей. Привязать оклад каждого сотрудника медицинской организации к МРОТ, чтобы с изменением МРОТ индексировался и оклад сотрудников здравоохранения.

7 – Пересмотреть в целом статьи финансирования районных больниц.

8 – Пересмотреть планы проверок, провести проверки материальной и финансовой составляющих каждой больницы, реально отображающих состояние каждой отдельной больницы.

7 – Создать подразделение, включенное в новую структуру здравоохранения проверяющих, в обязанности которого вменить обязательные выездные проверки по материальной базе не реже 3-х раз в год (и после каждого капитального ремонта, модернизации и строительства) в районные медицинские учреждения здравоохранения.

**Результат:**

- За счет реорганизации лишних структурных подразделений высвободится немалая сумма финансовых, материальных и трудовых ресурсов, которые могут быть перенаправлены на преобразование структуры здравоохранения.

- Данные на местах невозможно исказить, подправить – они отражают фактический реальный результат конкретного учреждения здравоохранения.

- За счет консолидации всех данных упрощается работа по совершенствованию инфраструктуры больниц, наличию необходимых для работы материалов и оборудования, оплаты труда.

- За счет оптимизации занесения данных, контроля над ними и отчетности в учреждениях здравоохранения всех уровней можно будет оптимизировать административно-хозяйственный штат. Высвободившиеся средства направить на увеличение оплаты труда медицинского и оставшегося немедицинского персонала учреждений здравоохранения.

- За счет компьютеризации рабочих мест врачей в поликлинике отпадает необходимость многочисленных отделов статистики, роль которых в внесении данных по пациентам в базы данных.

- За счет аттестации начальников всех структурных подразделений (раз в три года) и заместителей главного врача больниц на вышестоящем уровне позволит повысить уровень профессионализма во всех вопросах на уровнях медучреждений.

- Обновляется материальная база районных больниц.

- Уменьшается смертность населения в отдаленных от регионального центра районах.

- Упрощается и централизуется контроль за всеми уровнями здравоохранения, увеличивается его эффективность.

- Минимизируется коррупционная составляющая на местах.

Как итог – оптимизируются затраты на содержание его структуры на всех уровнях.