

На правах рукописи

Ризванова Мария Артуровна

**СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ФИНАНСИРОВАНИЯ СИСТЕМЫ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КАК ФАКТОР ВОЗРАСТАНИЯ
ЧЕЛОВЕЧЕСКОГО ПОТЕНЦИАЛА РЕГИОНА
(НА ПРИМЕРЕ РЕСПУБЛИКИ БАШКОРТОСТАН)**

**Специальность: 08.00.05 –
Экономика и управление народным хозяйством
(экономика труда)
08.00.10 – Финансы, денежное обращение и кредит (государственные
финансы)**

**АВТОРЕФЕРАТ
диссертации на соискание ученой степени
кандидата экономических наук**

Ижевск-2006

Диссертационная работа выполнена в Институте социально-экономических исследований Уфимского научного центра Российской академии наук (ИСЭИ УНЦ РАН) и НОУ «Восточный институт экономики, гуманитарных наук, управления и права» (ВЭГУ) на кафедре теории и организации бизнеса

Научный руководитель член-корреспондент РАН, доктор экономических наук, профессор Гизатуллин Хамид Нурисламович

Официальные оппоненты доктор экономических наук, профессор Пыткин Александр Николаевич

кандидат экономических наук, доцент Картазаева Ирина Петровна

Ведущая организация Уфимская государственная академия экономики и сервиса

Защита диссертации состоится 10 октября 2006 года в 15.00 часов на заседании диссертационного совета ДМ 212.275.04 в ГОУ ВПО «Удмуртский государственный университет» по адресу: 426034, г. Ижевск, ул. Университетская, 1, корп. 4, ауд. 444.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ГОУ ВПО «Удмуртский государственный университет».

Автореферат разослан «__6__»__сентября__2006 г.

Ученый секретарь
диссертационного совета,
кандидат экономических наук,
профессор

А.С. Баскин

1. ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

В социально ориентированной рыночной экономике здравоохранение занимает исключительно важное место именно в силу своей специфики, от уровня его организации зависит качество предоставляемых видов медицинской помощи, а следовательно, жизненный уровень населения и, в конечном счете, успешное развитие всей экономики.

В условиях социально-экономических преобразований, определяющихся с одной стороны, объективными тенденциями развития экономики, а с другой – уровнем исторически сложившихся социальных отношений в обществе, основные противоречия, имеющиеся в настоящее время в системе охраны здоровья и здравоохранения, и объясняющие актуальность выбранной темы диссертации, можно подразделить следующим образом:

1. Отсутствие системного подхода к охране здоровья населения в Российской Федерации, так как проблемы охраны здоровья населения решаются преимущественно усилиями органов и учреждений здравоохранения. При этом система здравоохранения оказалась разобщенной, наметилась тенденция к разделению единой системы общественного здравоохранения по принципу основных источников финансирования – через систему обязательного медицинского страхования (ОМС), государственный и муниципальный бюджеты;

2. В деятельности структур ОМС, органов управления здравоохранением, муниципальных органов, как правило, не просматривается единый вопрос к решению проблем и противоречий в охране здоровья, что слабо выражено в слабой координации финансовой политики, отсутствием серьезных попыток совместить планы оказания медицинской помощи и развития сети лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) с реальными планами и объемами финансирования отрасли;

3. В условиях перехода к рыночной экономике существенно снизилась эффективность управления ЛПУ;

4. Важнейшей причиной неэффективности системы управления здравоохранением является утрата ею рычагов управления над финансовыми ресурсами, которая обусловлена децентрализацией системы управления и финансирования в здравоохранении, что стало закономерным следствием процесса разграничения полномочий между центром и субъектами Российской Федерации;

5. Несбалансированность государственных гарантий предоставления гражданам бесплатной медицинской помощи и их финансового обеспечения, а также неудовлетворительная координация действий различных субъектов системы общественного финансирования здравоохранения.

Медико-демографические показатели, сложившиеся в настоящее время, ставят перед системой здравоохранения Российской Федерации (РФ) и

Республики Башкортостан (РБ) определенные проблемы (политические, финансово-экономические, медицинские, организационно-управленческие), которые мы попытались решить в своей работе.

Диссертационная работа соответствует области исследования, отраженной в «Паспорте специальностей ВАК» 08.00.05 – Экономика и управление народным хозяйством (п. 8. – экономика труда: 8.5. – человеческий капитал как общественное богатство, его структура и роль в современной экономике; человеческое развитие, его цели, условия и методы измерения, 8.7. – стимулирование и оплата труда работников; организация заработной платы и обеспечение ее взаимосвязи с квалификацией персонала и результативностью производства; воспроизводственная и мотивационная функция заработной платы) и 08.00.10 – Финансы, денежное обращение и кредит (п. 2. – государственные финансы: 2.1. – система государственных финансов, ее структура и роль в регулировании финансовых отношений и социально-экономического развития страны).

Степень разработанности проблемы. Теоретической основой диссертационной работы послужили труды российских и зарубежных ученых по проблемам социальной сферы, организации здравоохранения и его реформирования, таких как А.М. Бабич, В. Бойков, Н.В. Беляева, Н.А. Волгин, А.И. Вялков, В.Л. Гончаренко, В.И. Денисов, В.А. Ильин, Д. Ибрагимова, Ф.Н. Кадыров, Н.А. Кравченко, В.З. Кучеренко, М.Б. Мирский, И.В. Поляков, А.В. Решетников, В.И. Стародубов, Р.Б. Салтман, Е.А. Тищук, Н.Ю. Трушкина, Е.И. Холостова, И.М. Шейман, Ф. Фили, Дж.Ю. Фигейрас и другие, а также работы ученых Республики Башкортостан – член-корреспондента РАН Х.Н. Гизатуллина, Р.Ф. Гатауллина, С.В. Егорышева, З.З. Биктимировой

Наряду с трудами вышеперечисленных авторов, информационную базу исследования составляют законодательные акты Российской Федерации и Республики Башкортостан, справочные материалы Госкомстата РФ и РБ, материалы различных проектов и баз данных, научная литература, нормативные акты и документы, данные годовой отчетности, проектов и совещаний Уфимского филиала Республиканского фонда обязательного медицинского страхования, а также опубликованные материалы периодической печати, международных, научных и научно-практических конференций по теме исследования.

Цель исследования – совершенствование финансирования системы здравоохранения как фактор возрастания человеческого потенциала региона и построение оптимизационной модели финансирования медицинской помощи в сфере здравоохранения.

Достижение поставленной цели предполагает решение следующих взаимосвязанных задач исследования:

- выявление и систематизация интересов и позиций субъектов системы финансирования здравоохранения РФ по отношению к их реформированию и решение целей и задач реформы в здравоохранении;
- рассмотрение финансирования системы здравоохранения РБ как фактор возрастания человеческого потенциала региона;

– построение для 79 субъектов РФ производственной функции, выражающей зависимость индекса развития человеческого потенциала (ИРЧП) от индексов здоровья и долголетия, дохода и образования населения;

– анализ состояния здоровья населения в мировой практике и выделение проблем в развитии здравоохранения РФ и РБ;

– разработка и построение «Модельной конструкции оптимального распределения финансовых ресурсов между видами медицинской помощи в здравоохранении региона» и выявление коэффициентов приоритетности оказываемых видов медицинской помощи (коэффициентов предпочтительности c_1, c_2, \dots, c_n);

– проведение экспериментальных расчетов оптимального распределения финансовых ресурсов между видами медицинской помощи в здравоохранении региона и повышение эффективности распределения финансовых средств на оказание различных видов медицинской помощи по программе государственных гарантий обеспечения граждан бесплатной медицинской помощью в РБ на 2005 год.

Объектом исследования является здоровье человека как один из факторов человеческого потенциала в рамках рассматриваемых субъектов РФ. **Предметом исследования** являются вопросы управления, финансирования и реформирования здравоохранения, финансовой обеспеченности государственных гарантий предоставления населению бесплатной медицинской помощи.

Теоретической и методологической основой исследования являются работы и проекты российских и зарубежных авторов в области комплексного анализа состояния общественного здравоохранения и оптимизации его финансирования и реформирования, нормативно-правовые акты федеральных и республиканских органов законодательной и исполнительной власти, регулирующие основы регионального здравоохранения.

В качестве основных методов исследования используются: метод сравнительного анализа, статистический анализ (корреляционно-регрессионный), метод экономико-математического моделирования, расчетно-аналитический метод, метод численного решения поставленной задачи, а также табличные и графические приемы визуализации статистических данных. Для обработки исходной информации использовались пакеты прикладных программ Excel и SPSS.

Научная новизна диссертационного исследования. Уровень научной новизны диссертационного исследования представлен следующими результатами, имеющими теоретическое значение и прикладной характер:

- исследована государственная система финансирования здравоохранения РФ, выявлены основные проблемы и интересы субъектов в процессах финансирования здравоохранения, рассмотрены основные направления реформы здравоохранения;

- выделены региональные различия в процессах совершенствования организации финансирования системы здравоохранения РБ, рассмотрены финансовые и трудовые ресурсы отрасли;
- дан сравнительный анализ состояния здоровья населения и выделены проблемы в развитии здравоохранения РФ и РБ;
- построена производственная функция, выражающая зависимость индекса развития человеческого потенциала (ИРЧП) от индексов здоровья и долголетия, дохода и образования населения;
- разработана, построена и графически представлена «Модельная конструкция оптимального распределения финансовых ресурсов между медицинскими услугами в здравоохранении региона». На основе экономико-математического моделирования разработаны коэффициенты приоритетности оказываемых видов медицинской помощи (коэффициенты предпочтительности c_1, c_2, \dots, c_n), с помощью которых относительно легко определить оптимальные направления финансирования в системе здравоохранения.

Практическая значимость результатов диссертационного исследования состоит в комплексном подходе к разработке и осуществлению мероприятий по повышению финансовой обеспеченности государственных гарантий предоставления населению Республики Башкортостан бесплатной медицинской помощи. Построена, математически описана и графически представлена «Модельная конструкция оптимального распределения финансовых ресурсов между медицинскими услугами в здравоохранении региона». На основе экономико-математического моделирования разработаны коэффициенты приоритетности оказываемых медицинских услуг (коэффициенты предпочтительности c_1, c_2, \dots, c_n), с помощью которых относительно легко определить оптимальные направления финансирования в системе здравоохранения.

Материалы диссертации могут быть использованы муниципальными и региональными органами управления здравоохранения. Также представляется возможным, что некоторые результаты работы окажутся, полезны специалистам не только управленческих структур здравоохранения, но и работникам медицинских учреждений.

Разработанная авторами «Модельная конструкция оптимального распределения финансовых ресурсов между видами медицинской помощи в здравоохранении региона» в настоящее время апробирована и используется в процессах распределения финансов в поликлинике №46 г. Уфы.

Основные положения и выводы исследования применяются в учебном процессе при преподавании предметных циклов «Региональная экономика», «Демография» в Восточном институте экономики, гуманитарных наук, управления и права (г. Уфа).

Апробация результатов исследования. Основные теоретические положения и результаты диссертационного исследования изложены в публикациях общим объемом 3,7 п.л., которые апробированы и обсуждены на международном симпозиуме «Экономическая теория: исторические корни,

современная роль и перспективы развития» (Москва, 2004), научно-методологических семинарах Института социально-экономических исследований Уфимского научного центра Российской академии наук (ИСЭИ УНЦ РАН), научных конференциях Восточного института экономики, гуманитарных наук, управления и права и ИСЭИ УНЦ РАН, совещаниях Уфимского филиала Республиканского фонда обязательного медицинского страхования, поликлиники №46. Имеются публикации в сборнике трудов молодых ученых «Грани познания» (Уфа, 2004), «Региональная экономика» (Уфа, 2005), в научном информационно-аналитическом, экономическом журнале «Экономика региона» (Екатеринбург, 2005. №4).

Структура и объем диссертации. Работа состоит из введения, трех глав, заключения, списка литературы, приложения. Основное содержание работы изложено на 185 страницах машинописного текста и включает в себя 20 таблиц, 8 рисунков, 9 приложений. При выполнении работы было использовано 137 литературных источников.

Содержание работы. *Во введении* обоснована актуальность темы диссертационного исследования, сформулированы цели и задачи, основные научные положения, защищаемые автором, приведено краткое изложение научных и практических аспектов полученных результатов.

В первой главе «Проблемы трансформации функционирования системы здравоохранения в условиях рыночной экономики» кратко рассматриваются экономические модели национальных систем здравоохранения различных стран, раскрываются причины кризиса государственной системы здравоохранения. Исследуется государственная система финансирования здравоохранения РФ, выявляются основные проблемы и интересы субъектов системы финансирования здравоохранения, рассматриваются основные направления реформы здравоохранения.

Во второй главе «Финансирование системы здравоохранения Республики Башкортостан как фактор возрастания человеческого потенциала региона и основные направления ее совершенствования» выделены региональные различия в процессах совершенствования организации финансирования системы здравоохранения РБ, рассмотрены финансовые и трудовые ресурсы отрасли, построена модель оценки индекса развития человеческого потенциала.

В третьей главе «Комплексный анализ состояния здоровья населения и оптимизация распределения финансовых ресурсов для развития здравоохранения Республики Башкортостан» дан сравнительный анализ состояния здоровья населения (демографическая ситуация, состояние заболеваемости населения, состояние санитарно-эпидемиологического благополучия населения, состояние сети лечебных учреждений, оказывающих медицинскую помощь) и проблем здравоохранения (политических, финансово-экономических, медицинских, организационно-управленческих) РФ и РБ. Выявлена зависимость между характером реформ различных стран в области здравоохранения, в том числе РФ, и факторами, характеризующими социально-экономическое положение в стране. Такими факторами являются

показатели смертности и рождаемости, ожидаемой продолжительности жизни, младенческой и материнской смертности.

Согласно результатам исследования демографической ситуации, экономического и финансового обеспечения здравоохранения, разработана «Модельная конструкция оптимального распределения финансовых ресурсов между видами медицинской помощи в здравоохранении региона» с учетом их предпочтительности, повышающая финансовую обеспеченность государственных гарантий предоставления населению Республики Башкортостан бесплатной медицинской помощи.

В заключении обобщаются результаты проведенного исследования, а в приложении представлена вся необходимая информация, на основании которой проведены расчеты и их анализ.

2. ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ И РЕЗУЛЬТАТЫ ДИССЕРТАЦИИ, ВЫНОСИМЫЕ НА ЗАЩИТУ

1. Исследована государственная система финансирования здравоохранения Российской Федерации, выделены основные проблемы и интересы субъектов системы финансирования здравоохранения, рассмотрены основные направления реформы здравоохранения.

Нами были выделены цель и задачи реформы в здравоохранении и пути реализации реформ. Создаваемая в России рыночная экономика поставила систему здравоохранения, основанную на распределительных экономических принципах, в ситуацию, когда ее дальнейшее функционирование чрезвычайно затруднено, а коренная реорганизация требует дополнительных ресурсов, которых нет в условиях переходного периода. Эти трудности создают неадекватную для решения проблем отрасли социально-психологическую ситуацию, при которой попытки изыскать и использовать новые источники финансовых и материальных ресурсов, создать структуры для их эффективного использования наталкиваются на сопротивление реформам. Это связано с тем, что в силу множества объективных причин не может быть достигнуто немедленное достижение результата, а противодействие и искажение его приводят к негативному итогу.

В связи с этим очевидны и задачи, которые необходимо решить в процессе реформирования здравоохранения:

- создать новую законодательную базу здравоохранения;
- разработать механизмы адаптации системы здравоохранения к работе в новых условиях;
- привести в соответствие механизмы взаимодействия здравоохранения с экономическим развитием страны и регионов;
- разработать механизмы финансового взаимодействия в здравоохранении;
- разработать и внедрить организационные принципы функционирования учреждений здравоохранения в новых условиях.

На современном этапе развития российского общества из нескольких моделей развития системы здравоохранения законодательно взята за основу модель медицинского страхования, и новый этап реформирования здравоохранения является особенно актуальным в связи с тем, что состояние здоровья населения России заметно ухудшилось, а ранее принятые меры по реформированию данной отрасли не принесли ожидаемых результатов. Протекающая в российском здравоохранении реформа носит характер структурно-функциональной реорганизации отрасли. При этом создаваемая система здравоохранения имеет целью организацию оказания качественной медицинской помощи, доступной населению страны, на основе фундаментальных преобразований финансирования, с привлечением, помимо государственных, дополнительных финансовых ресурсов, преобразований правовых основ отрасли, направленных на демократизацию управления, внедрение современных медицинских технологий, развитие конкуренции,

основанной на свободном выборе пациентом лечебно-профилактического учреждения и врача.

Со вступлением в силу 01.01.2005 года федерального закона №122 внесены изменения в 196 законодательных актов, в том числе в 10 федеральных законов в сфере охраны здоровья граждан. Основная масса поправок внесена с целью разграничения полномочий между федеральными органами государственной власти, органами государственной власти субъектов РФ и органами местного самоуправления, что коренным образом изменило всю систему межбюджетных финансовых отношений внутри Федерации, в том числе по финансированию здравоохранения. С принятием данного закона произошли также изменения, касающиеся прав граждан в сфере охраны здоровья.

Следует отметить, что хотя разграничение полномочий между федеральными органами государственной власти, органами государственной власти субъектов Российской Федерации и органами местного самоуправления имело целью изменить систему межбюджетных финансовых отношений внутри Федерации, в том числе по финансированию здравоохранения, принятый закон № 122 не упростил, а усложнил организацию и межбюджетные отношения по финансовому обеспечению медицинской помощи. В перспективе могут возникнуть трудности с реализацией принятого в Конституции РФ права граждан на медицинскую помощь, и проблема обеспечения государственных гарантий прав граждан на охрану здоровья и медицинскую помощь со временем потребует выделения субвенций региональным и местным бюджетам.

2. Выделены региональные различия в процессах совершенствования организации финансирования системы здравоохранения РБ, рассмотрены финансовые и трудовые ресурсы отрасли.

Выделены региональные различия в организации финансирования и управления системы здравоохранения РБ в 2004 году, которые заключаются в следующем:

1. Неравенство в размерах финансирования территориальных программ государственных гарантий в расчете на одного жителя в РБ составило 2,2 тыс. руб. на чел., в РФ – 2,9 тыс. руб. на чел.;
2. Уровень финансовой обеспеченности территориальной программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи в РБ составил 86%, что выше среднероссийского показателя – 82%;
3. Доля средств в системе ОМС в государственном финансировании здравоохранения в РБ составила 62%, в среднем по субъектам РФ – 48%.

Также выделены виды медицинских учреждений, участвующих в обязательном медицинском страховании и финансируемых из средств ОМС, определена эффективность применения методов оплаты медицинской помощи в системе ОМС и дифференциация тарифов на медицинские услуги стационаров в территориальных системах ОМС.

Раскрыты механизмы государственного управления региональными системами здравоохранения и степень влияния на них информационных технологий (оснащенность ЛПУ компьютерами, телемедицина, телеконференции, телеконсультации), регулирования лекарственного обеспечения и действия общественных организаций в системе здравоохранения РБ.

Новые формы взаимодействия между региональным органом управления здравоохранения (РОУЗ), органами местного самоуправления и муниципальными органами управления здравоохранением (МОУЗ), появившиеся в РБ и нашедшие практическое применение, включают в себя:

1. Заслушивание на уровне заместителя Премьер-министра РБ по социальным вопросам руководителей здравоохранения городов и районов республики с участием заместителей глав администраций районов и городов по социальным вопросам, проводимое в целях контроля за ходом реализации Концепции развития и реформирования системы здравоохранения и медицинской науки в РБ и Программы госгарантий.

2. Расширенные заседания Правительства РБ (в том числе с выездом на территории) по обсуждению актуальных вопросов здравоохранения в целях привлечения более широкого внимания местных органов власти, всех министерств и ведомств, общественных структур к проблемам и нуждам отрасли.

Стоит отметить, что наиболее важные формы организации системы обязательного медицинского страхования РБ в 2002 – 2006 годах внедрены не были. Нововведения в организации финансирования здравоохранения РБ в 2005 – 2006 годах касаются механизмов финансового планирования и оплаты медицинской помощи, которые заключаются в переходе к другим методам оплаты медицинской помощи и совершенствовании методов расчета тарифов. Они включают в себя:

1. Введение в начале 2006 года талона амбулаторного пациента (компьютерная программа «Поликлиника»), позволившего перейти к оплате амбулаторно-поликлинической помощи за законченный случай лечения и ввести персонифицированное формирование реестров оплаты медицинской помощи застрахованным;
2. Выделение с 2006 года субвенций на оплату труда отдельным категориям медицинских работников (врачам участковым терапевтам, педиатрам, семейным врачам) и их медицинским сестрам.

Финансовый анализ как в рамках ЛПУ, так и отрасли здравоохранения в целом является основой для достижения главной цели предпринимательской деятельности – получение прибыли. Экономическое обеспечение деятельности как ЛПУ, так и отрасли здравоохранения в целом – это механизм удовлетворения потребностей учреждения (отрасли) в экономических ресурсах.

Для анализа сущности экономического обеспечения системы здравоохранения в РБ необходимо рассмотреть финансовые, материальные и трудовые ресурсы отрасли.

Финансовое состояние здравоохранения РБ характеризуют такие показатели, как доля валового регионального продукта (ВРП), выделяемого на здравоохранение, и бюджетные ассигнования на здравоохранение и физическую культуру (табл. 1).

Таблица 1

Финансовое состояние здравоохранения Республики Башкортостан в 2001-2004 годах

Наименование показателя	2001	2002	2003	2004
Доля ВРП, выделяемого на здравоохранение из бюджета (%)	1,1	0,6	0,8	0,83
Бюджетные ассигнования на здравоохранение и физическую культуру (тыс. руб.)	1738958	1136677	1529341	1560362

Из табл. 1 видно, что бюджетные ассигнования на здравоохранение и физическую культуру уменьшились в 2004 году по сравнению с 2001 годом на 178 596 тыс. руб.

По сравнению с 2003 годом объем финансирования здравоохранения в целом увеличился на 21%. По удельному весу в общем объеме финансирования на долю бюджета пришлось 36% и на долю фонда ОМС – 58% с учетом неработающего населения. Объем платных медицинских услуг увеличился до 9% от общего объема финансирования, что составило 237 млн руб. Спонсорская помощь составила 22,1 млн руб. На лечение одного стационарного больного в 2004 году пришлось в среднем 4992 руб. (в 2003г. – 4662 руб.), стоимость одного койко-дня составила 389,9 руб. (в 2003г. – 333 руб.).

Для характеристики трудовых ресурсов отрасли нами был рассчитан размер выделенных Федеральным фондом ОМС субвенций на заработную плату для медицинских кадров первичного звена РБ на 2006 год по утвержденной Правительством РФ методике расчета размера субвенций. Размер субвенций рассчитывается по формуле, выражающей региональное значение суммы оплаты труда отдельной категории медработников:

$$C_{rzi} = (ДВ_в \times P_{vi} + ДВ_м \times P_{mi} + H_{об}) \times 12, \quad (1)$$

где: C_{rzi} – размер выделяемой субъекту РФ субвенции;

$ДВ_в$ – размер денежной выплаты в месяц на 1 врача-терапевта участкового, врача-педиатра участкового, врача общей практики (семейного врача), установленный частью 4 статьи 9 федерального закона «О бюджете

Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2006 год»; составляет 10000 руб.;

P_{vi} – предполагается численность врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых, врачей общей практики (семейных врачей) в субъекте РФ, равна 1134 чел.;

$ДВ_m$ – размер денежной выплаты в месяц на 1 медицинскую сестру участковую врача-терапевта участкового, медицинскую сестру участковую врача общей практики (семейного врача), установленной частью 4 статьи 9 Федерального закона «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2006 год»; равен 5000 руб.;

P_{mi} – численность медицинских сестер участковых врачей-терапевтов участковых, медицинских сестер участковых врачей педиатров участковых, медицинских сестер врачей общей практики (семейных врачей) в субъекте РФ ; равна 2053 чел.;

$H_{дв}$ – начисления на денежные выплаты, предусмотренные законодательством РФ с учетом отчислений по единому социальному налогу, страховым взносам на обязательное пенсионное обеспечение и страховым взносам на обязательное пенсионное страхование и страховым взносам по обязательному социальному страхованию от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний; равны 26% от среднемесячной заработной платы врача в 3230 руб. и медицинской сестры – 2332 руб., соответственно 839,8 руб. и 606,32 руб.

Таким образом, полученная формула (1) запишется следующим образом:

$$C_{rzi} = (ДВ_г \times P_{vi} + ДВ_m \times P_{mi} + H_{дв}) \times 12 = \\ = (10000 \text{ руб.} \times 1134 \text{ чел.} + 5000 \text{ руб.} \times 2053 \text{ чел.} + 839,8 \text{ руб.} + 606,32 \text{ руб.}) \times 12 = \\ = (11340000 + 10265000 + 1446,12) \times 12 = 259\,277\,353,4 \text{ руб.}$$

Следовательно, размер субвенций, выделенных на заработную плату определенных категорий врачей и медицинских сестер для Республики Башкортостан в 2006 году, должен составлять 259 277 353,4 руб.

3. Дан сравнительный анализ состояния здоровья населения и выделены проблемы в развитии здравоохранения Российской Федерации и Республики Башкортостан.

Факторами, характеризующими социально-экономическое положение в стране, являются показатели смертности и рождаемости, ожидаемой продолжительности жизни, младенческой и материнской смертности.

Данные, представленные в табл. 2 в графическом изображении, имеют достаточно специфический вид, получивший название «русский крест».

Он обусловлен тем, что в условиях мирного времени только в России резко проявилась устойчивая тенденция, характеризующаяся естественной убылью населения. И главенствующий фактор данной тенденции – рост смертности населения.

1998-й год стал переломным в изменении уровня рождаемости населения страны. С 1992 года по настоящее время в развитии системы здравоохранения наблюдается отрицательный естественный прирост населения как в Российской Федерации, так и в Республике Башкортостан. Происходит убыль населения, которая составила в 1999–2004 годах соответственно 6,4 и 5,4 чел. на 1000 чел. населения в РФ и 2,8 и 2,9 чел. на 1000 чел. населения в РБ (табл. 2).

Таблица 2

Демографические показатели по Российской Федерации и Республике Башкортостан (на 1000 чел. населения) за 1980-2004 годы

Годы	Российская Федерация			Республика Башкортостан*		
	рождаемость	смертность	естественный прирост/убыль	рождаемость	смертность	естественный прирост/убыль
1	2	3	4	5	6	7
1980	15,9	11,0	4,9	17,5	9,3	8,2
1985	16,6	11,3	5,3	16,8	9,4	7,4
1990	13,4	11,2	2,2	16,1	9,6	6,5
1991	12,1	11,4	0,7	14,6	9,9	4,7
1992	10,7	13,0	-2,3	13,2	10,8	2,4
1993	9,4	14,5	-5,1	11,6	12,5	-0,9
1994	9,6	15,7	-6,1	11,6	13,3	-1,7
1995	9,3	15,0	-5,7	11,2	12,7	-1,5
1996	8,1	13,0	-4,9	11,0	12,1	-1,1
1997	7,9	12,5	-4,6	10,7	12,0	-1,3
1998	8,8	13,6	-4,8	10,8	11,8	-1,0
1999	8,3	14,7	-6,4	10,0	12,8	-2,8
2000	8,7	15,4	-6,7	10,1	13,0	-2,9
2001	9,0	15,4	-6,4	10,4	13,4	-3,0
2002	9,6	16,0	-6,4	11,1	14,1	-3,0
2003	10,1	16,3	-6,2	11,1	14,2	-3,1
2004	10,5	15,9	-5,4	11,2	14,1	-2,9

* Здравоохранение в Республике Башкортостан: статистический сборник/ Комитет государственной статистики Республики Башкортостан. Уфа, 2004г.-95с. Социально-экономическое положение Республики Башкортостан в 2004 году.

Демографическая ситуация в Республике Башкортостан в последние годы отражала те изменения, которые происходили в целом по Российской Федерации. Одним из самых отрицательных результатов экономического развития Российской Федерации в постперестроечный период и соответственно подавляющей части ее субъектов явилось сокращение численности населения. При этом если в Российской Федерации сокращение численности наблюдается с начала 90-х годов, то в Башкирии – с 1993 года.

Показатель младенческой смертности – общепризнанный индикатор социального неблагополучия общества. Его значение в России в 2÷4 раза выше, чем в экономически развитых странах. Наблюдается положительная тенденция уменьшения уровня младенческой смертности в возрасте до 1 года. В Российской Федерации в 1993 году младенческая смертность в возрасте до

1 года (на 1000 родившихся) составляла 19,9, в 2000 году – 15,3. В Республике Башкортостан младенческая смертность на 1000 родившихся живыми составила в 1995 году – 18,3; в 2000 – 14,5; в 2003 – 12,8.

Сохраняется высоким и уровень материнской смертности. Ежегодно в результате осложнений во время беременности, родов и в послеродовом периоде в России умирает 560÷650 женщин. Показатели материнской смертности в нашей стране в 5÷10 раз выше, чем в экономически развитых странах мира. В Республике Башкортостан материнская смертность на 100 тыс. родивших составляла в 2000 году 64,8; в 2002 – 31; в 2003 – 33, т.е. снизилась в 2 раза.

Согласно среднему варианту прогноза, предполагающему стабилизацию рождаемости и смертности, численность населения России за 2002–2015 годы уменьшится на 10441 тыс. чел., или на 7,2%. В Республике Башкортостан соответственно – на 87 тыс. чел., или на 2,1%, в том числе городское население уменьшится на 42 тыс. (1,6%), сельское – на 45 тыс. чел. (3,2%). Несколько повысится в будущем продолжительность жизни в Российской Федерации – с 65,3 до 68,2 лет в 2015 году, соответственно в Республике Башкортостан – с 66,8 до 68,8 лет. Однако ожидаемая продолжительность жизни в России даже при более оптимистичном варианте в 2015 году будет существенно ниже, чем в развитых странах. Так, в настоящее время в Великобритании и Германии она достигла 77 лет, во Франции и Канаде – 78–79, в Японии – 79–80 лет.

Подобные демографические показатели ставят перед системой здравоохранения России определенные проблемы. Обобщенно перечень проблем можно выделить в следующие группы:

1. Политические проблемы: формирование законодательной базы; лоббирование интересов здравоохранения в органах власти и управления.

2. Финансово-экономические: дефицит бюджетных средств, средств обязательного медицинского страхования (ОМС), недостаточное использование средств добровольного медицинского страхования (ДМС) и иных источников.

На финансирование здравоохранения Российской Федерации выделяется только 3% валового внутреннего продукта (ВВП). Доля бюджетных средств, выделяемых на здравоохранение в Республике Башкортостан, составляет только 30% объема финансирования в целом или 0,8% валового регионального продукта (ВРП). Согласно исследованиям Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), доля ВВП, выделяемая на финансирование здравоохранения, должна составлять не менее 7-12%.

4. Построена производственная функция, выражающая зависимость индекса развития человеческого потенциала (ИРЧП) от индексов здоровья и долголетия, дохода и образования населения.

Для 79 субъектов Российской Федерации построена производственная функция:

$$Y = A \times Z^{\alpha} \times D^{\beta} \times Q^{\mu}, \quad (2)$$

где Y – индекс развития человеческого потенциала в данном регионе;

Z – индекс здоровья и долголетия в данном регионе;

D – индекс дохода в данном регионе;

Q – индекс образования в данном регионе;

α – эластичность по индексу здоровья и долголетия;

β – эластичность по индексу дохода;

μ – эластичность по индексу образования.

Производственная функция (2) позволила определить степень влияния на индекс развития человеческого потенциала индексов здоровья и долголетия, дохода и образования.

В России всего три региона, где ИРЧП сопоставим с ИРЧП развитых стран (и больше 0,8) – это Москва (0,864), Тюменская область (0,840) и республика Татарстан (0,804). Республика Башкортостан по ИРЧП занимает 4-е место среди регионов России ($Y=0,78$). По уровню дохода Республика Башкортостан занимает 9-е место ($D=0,724$) (лидируют Тюменская область, города Москва, Санкт-Петербург, Томская область), по уровню здоровья и долголетия Республика Башкортостан на 15-м месте ($Z=0,696$) (лидируют Республики Ингушетия, Дагестан и Северная Осетия). По показателю младенческой смертности среди регионов России Башкортостан занимает 26-е место (12,7) (лидируют г. Санкт-Петербург, Саратовская область, Республика Саха).

Рассчитанная формула $Y = 0,7147 \times Z^{0,322} \times D^{0,293} \times Q^{0,384}$ показывает степень влияния факторов образования $\mu = 0,384$ (самый высокий коэффициент эластичности), продолжительности жизни $\alpha = 0,322$ и среднедушевого дохода $\beta = 0,293$ на индекс развития человеческого потенциала (ИРЧП). Если фактор образования увеличить на 1%, то ИРЧП изменится на 0,384, если фактор продолжительности жизни увеличить на 1%, то ИРЧП изменится на 0,322, если фактор среднедушевого дохода увеличить на 1%, то ИРЧП изменится на 0,293.

5. Разработана, построена и графически представлена «Модельная конструкция оптимального распределения финансовых ресурсов между видами медицинской помощи в здравоохранении региона». На основе экономико-математического моделирования разработаны коэффициенты приоритетности оказываемых видов медицинской помощи (коэффициенты предпочтительности c_1, c_2, \dots, c_n), с помощью которых относительно легко определить оптимальные направления финансирования в системе здравоохранения.

В настоящее время, согласно программе обеспечения граждан РБ бесплатной медицинской помощью, выделяют и классифицируют 4 группы:

1. скорая помощь (число вызовов);
2. амбулаторно-поликлиническая помощь (посещения);
3. стационарная помощь (койко-дни);
4. помощь, оказываемая в дневных стационарах (дни).

Оказываемые виды медицинской помощи исчисляются в расчете на определенное число жителей: в масштабе страны это число достаточно большое (на 100 тыс. или на 1 млн жителей), в масштабе региона можно ограничиться числом жителей на 1000 чел. населения. Вообще, следует придерживаться установленных государством стандартов по государственной статистике.

Пусть $y = (y_1, y_2, \dots, y_n)$ – вектор, компоненты которого характеризуют уровень оказываемых видов медицинской помощи в здравоохранении, определяемых в расчете на одну тысячу жителей региона. Эти уровни могут вычисляться в единицах, установленных государством. Далее, пусть $y^0 = (y_1^0, y_2^0, \dots, y_n^0)$ – достигнутый уровень оказываемых видов медицинской помощи, а $\bar{y} = (\bar{y}_1, \bar{y}_2, \dots, \bar{y}_n)$ – желаемый уровень оказываемых видов медицинской помощи (можно этот уровень определить на основе анализа показателей развитых стран). Однако мы будем считать уровень \bar{y} научно обоснованным. Задача обеспечения необходимого уровня оказания видов медицинской помощи в здравоохранении в течение заданного периода планирования может быть сформулирована как достижение минимума длины вектора $(\bar{y} - y^0)$, т.е. величины

$$\|\bar{y} - y^0\| = \sqrt{\sum_{i=1}^n (\bar{y}_i - y_i^0)^2}$$

Однако ввиду ограниченности ряда ресурсов, прежде всего финансовых, трудно ожидать, что желаемый уровень \bar{y} будет достигнут в течение рассматриваемого периода времени. Поэтому более вероятно, что искомый уровень y будет принимать некоторое промежуточное значение между y^0 и \bar{y} , т.е.: $y(\rho) = y^0 + (\bar{y} - y^0)\rho$, $0 \leq \rho \leq 1$, где ρ может рассматриваться как показатель достижения уровня оказываемых видов медицинской помощи до научно обоснованного \bar{y} . Однако такой закон достижения норм (\bar{y}) оказываемых видов медицинской помощи предполагает пропорциональность изменения всех видов медицинской помощи, что, естественно, не может удовлетворить население региона. Дело в том, что один из видов благ подразумевает резкий рост в начале периода планирования, а другой – в конце периода.

Исходя из этого можно разработать метод, позволяющий двигаться от точки y^0 до точки \bar{y} не по прямой, а по «кривой», чем и реализуется неравномерность роста оказываемых видов медицинской помощи. Пусть $\varphi_i(\rho)$ – функция, обеспечивающая неравномерное изменение оказываемого вида медицинской помощи, тогда

$$y_i(\rho) = y_i^0 + (\bar{y}_i - y_i^0)\varphi_i(\rho), \quad 0 \leq \rho \leq 1,$$

или $y(\rho) = y^0 + \|\bar{y} - y^0\| \varphi(\rho)$, где $\varphi(\rho) = [\varphi_1(\rho), \varphi_2(\rho), \dots, \varphi_n(\rho)]$.

Теперь встает вопрос подбора функций $\varphi_i(\rho)$, выполняющих неравномерные движения от точки y^0 до точки \bar{y} с учетом приоритетности оказания отдельных благ. Графическое представление функции $\varphi_i(\rho)$ отражено на рис. 1.

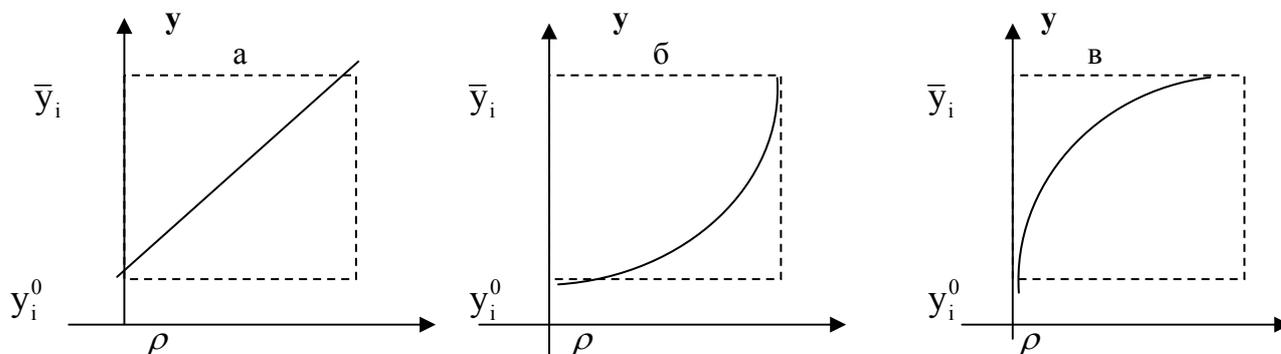


Рис. 1. Графическое представление функции $\varphi(\rho)$

Введем коэффициенты расхождения оказываемых видов медицинской помощи от желаемых через $\kappa_i = \bar{y}_i - y_i^0$, $i = 1, 2, \dots, n$. Тогда $y_i(\rho) = y_i^0 + \kappa_i \varphi_i(\rho)$, $i = 1, 2, \dots, n$, при этом $0 \leq \rho \leq 1$.

Функция $\varphi_i(\rho)$ должна обладать рядом свойств, отвечающим нашим требованиям. Во-первых, $\varphi_i(0) = 0$, $\varphi_i(1) = 1$, следовательно $y_i(0) = y_i^0$, $y_i(1) = \bar{y}_i$. Во-вторых, функция $\varphi_i(\rho)$ для предпочтительных видов медицинской помощи должна быть выпуклой вверх (рис. 1, в), а для менее – вниз (рис. 1, б). Именно такими свойствами обладает показательная функция $\varphi_i(\rho) = (\rho)^{C_i}$. Таким образом, мы имеем $y_i(\rho) = y_i^0 + \kappa_i \rho^{C_i}$, $0 \leq \rho \leq 1$. Отметим теперь некоторые свойства $y_i(\rho)$ и их экономическую интерпретацию.

Если $\kappa_i > 0$, т.е. уровень оказываемых видов медицинской помощи не достигает желаемого уровня, то:

1) при $C_i = 1$, $y_i(\rho) = y_i^0 + \kappa_i \rho$, т.е. имеем равномерный рост показателя уровня достижения (рис. 1, а);

2) при $C_i > 1$, $y_i(\rho)$ выпукла вниз, т.е. наблюдается (обеспечивается) медленный рост показателя i в начале периода (рис. 1, б);

3) при $0 < C_i < 1$, $y_i(\rho)$ выпукла вверх, т.е. имеем быстрый рост показателя i в начале периода (рис. 1, в);

Как численно определить значения C_i ? Отметим сначала соотношение между двумя показателями – i и j . Имеем: $y_i(\rho) = y_i^0 + \kappa_i \rho^{C_i}$, $y_j(\rho) = y_j^0 + \kappa_j \rho^{C_j}$,

где $\kappa_i > 0$, $\kappa_j > 0$, $0 < C_i < 1$, $0 < C_j < 1$, т.е. оба показателя нужно улучшить в начале периода. Пусть $\kappa_i > \kappa_j$, т.е. имеем достаточно большой разрыв между желаемым и достигнутым значениями показателя i и надо улучшить значение показателя i более высокими темпами, чем j . Это означает, что должно выполняться неравенство $y'_i(\rho) > y'_j(\rho)$, где $[y_i(\rho)]' = \kappa_i C_i \rho^{C_i-1}$, $[y_j(\rho)]' = \kappa_j C_j \rho^{C_j-1}$ (это величины первой производной), отсюда имеем $\kappa_i C_i \rho^{C_i-1} > \kappa_j C_j \rho^{C_j-1}$. После элементарных преобразований этого неравенства получим $\kappa_i C_i \rho^{C_i} > \kappa_j C_j \rho^{C_j}$. Для выполнения этого неравенства должно быть $\rho^{C_i} > \rho^{C_j}$. Поскольку $0 \leq \rho \leq 1$, то $C_i < C_j$, т.е. для более предпочтительного показателя этот коэффициент ниже. Отсюда вывод: если коэффициенты предпочтительности оказываемых видов медицинской помощи расположены по убыванию предпочтительности i_1, i_2, \dots, i_m , то $C_{i_1} \leq C_{i_2} \leq \dots \leq C_{i_m}$. Из этого следует еще один вывод: если коэффициенты C_i умножить на одно и то же положительное число, то соотношение предпочтительности не нарушается. Этот вывод показывает на возможность нормирования коэффициентов C_i .

Формулировка модели такова: найти максимальное значение ρ при условиях –

$$\left. \begin{aligned} \sum_{i=1}^n q_i (y_i^0 + \kappa_i \rho^{C_i}) &\leq Q, \\ 0 &\leq \rho < 1 \\ C_i &= \left(\ln \frac{y_i(\tilde{\rho}) - y_i^0}{\kappa_i} \right) : \ln \tilde{\rho}. \end{aligned} \right\} \quad (3)$$

Для проведения экспериментальных расчетов мы задались целью оптимального распределения финансовых ресурсов между видами медицинской помощи в здравоохранении (формула 3) для этого использовали исходную информацию, представленную в сводном балансе расчетной и утвержденной стоимости программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи гражданам в Республике Башкортостан (РБ) в 2005 году. Рассматривая 4 вида медицинской помощи, предоставляемые за счет средств бюджета РБ и обязательного медицинского страхования (ОМС) – скорая медицинская помощь, медицинская помощь при социально значимых заболеваниях: амбулаторно-поликлиническая, стационарная, помощь, оказываемая в дневных стационарах, нами с помощью модельной конструкции оптимального распределения финансовых ресурсов между видами медицинской помощи в здравоохранении на основе экономико-математического моделирования разработаны коэффициенты приоритетности оказываемых видов медицинской помощи (коэффициенты предпочтительности

c_1, c_2, \dots, c_n), при помощи которых относительно легко определяются оптимальные направления финансирования в системе здравоохранения.

Для этого, прежде всего, нужно фиксировать параметр ρ (искомый параметр достижимости) из интервала $\rho \in [0;1)$, так, чтобы $y_i(\tilde{\rho}) > y_i^0$ и $0 < \tilde{\rho} < 1$ для всех $i=1,2,\dots,n$.

Параметр достижимости оказываемых видов медицинской помощи постепенно возрастает от 0,05 до 1,0. При $\rho = 0,92$ достигается значение $Q = 11022,6$ – максимально приближенное к верхней границе необходимых финансовых средств $\bar{Q} = 11137,3$ млн руб., что представлено на рис.2.



При вычислении коэффициентов предпочтительности c_i по формуле

$$c_i = \left(\ln \frac{y_i(\tilde{\rho}) - y_i^0}{k_i} \right) : \ln \tilde{\rho}, \quad y_i(\tilde{\rho}) = y_i^0 + (\bar{y}_i - y_i^0) \cdot \tilde{\rho}, \quad i \in \overline{1, n},$$

где i – виды медицинской помощи (скорая медицинская помощь, помощь в дневных стационарах, стационарная помощь, амбулаторно-поликлиническая помощь);

y_i^0 – территориальные нормативы объемов на 1000 жителей по различным видам медицинской помощи;

\bar{y}_i – объемы на 1000 жителей по различным видам медицинской помощи, расчетные;

k_i – коэффициент расхождения оказываемых видов медицинской помощи от желаемого уровня.

Основная расчетная формула представлена следующим образом:

$$\sum_{i=1}^n q_i (y_i^0 + \kappa_i \rho^{c_i}) \leq Q, \underline{Q} \leq Q \leq \bar{Q},$$

применив эту формулу к нашим исходным данным, раскрыв скобки, получим:

$$(q_i^0 y_i^0 \text{Ч} + q_i^0 y_i^0 \times \rho^{c_i} \times k_i) \leq Q, \underline{Q} \leq Q \leq \bar{Q},$$

где q_i^0 – территориальные нормативы стоимости единиц объемов по различным видам медицинской помощи (руб.);

y_i^0 – территориальные нормативы объемов на 1000 жителей по различным видам медицинской помощи;

Ч – численность населения Республики Башкортостан, которым была оказана бесплатная медицинская помощь, в 2005 году принимается равной Ч=4,079 млн человек;

ρ^{c_i} – искомый параметр достижимости оказываемых видов медицинской помощи, который меняется от 0,05 до 1,0;

c_i – коэффициент предпочтительности оказываемых видов медицинской помощи, который определяется по формуле $c_i = k_i / k_{\max}$;

k_i – коэффициент расхождения достигнутого уровня оказываемых видов медицинской помощи от желаемого, определяется по формуле $k_i = \bar{y}_i - y_i^0$;

Q – затраты на все виды медицинской помощи, оказываемые государством в Республике Башкортостан в 2005 году, при различных ρ^{c_i} ;

\underline{Q}, \bar{Q} – нижняя и верхняя границы варьирования выделяемых средств при оказании государством бесплатной медицинской помощи гражданам в Республике Башкортостан в 2005 году.

В результате использования расчетов с помощью «Модельной конструкции оптимального распределения финансовых ресурсов между видами медицинской помощи в здравоохранении региона» удалось повысить эффективность распределения финансовых средств на оказание различных видов бесплатной медицинской помощи по программе государственных гарантий 2005 года в Республике Башкортостан с минимально возможного значения $\underline{Q}=7020,7$ млн руб. до максимально возможного значения в $\bar{Q}=11137,3$ млн руб. (рис.2).

3. ОСНОВНЫЕ ВЫВОДЫ И РЕЗУЛЬТАТЫ

В процессе проведенного исследования была решена актуальная и имеющая важное научно-практическое значение задача – совершенствование финансирования системы здравоохранения как фактор возрастания человеческого потенциала региона и построение оптимизационной модели финансирования оказания медицинской помощи в сфере здравоохранения.

При решении поставленных задач исследования были получены практические результаты и сделаны следующие выводы:

1. Исследована государственная система финансирования здравоохранения, выделены основные проблемы и интересы субъектов системы финансирования здравоохранения, рассмотрены основные направления реформы здравоохранения.

2. Раскрыта сущность управления финансированием системы здравоохранения Республики Башкортостан как фактора возрастания человеческого потенциала региона, выделены финансовые и трудовые ресурсы отрасли.

3. Выявлена зависимость между характером реформ различных стран в области здравоохранения, в том числе Российской Федерации, и факторами, характеризующими социально-экономическое положение в стране. Такими факторами являются показатели смертности и рождаемости, ожидаемой продолжительности жизни, младенческой и материнской смертности (например, показатель младенческой смертности является общепризнанным индикатором социального неблагополучия общества).

4. Для 79 субъектов Российской Федерации построена производственная функция, выражающая зависимость индекса развития человеческого потенциала (ИРЧП) от индексов здоровья и долголетия, дохода и образования населения.

5. Разработана, построена и графически представлена «Модельная конструкция оптимального распределения финансовых ресурсов между видами медицинской помощи в здравоохранении региона». На основе экономико-математического моделирования разработаны коэффициенты приоритетности оказываемых видов медицинской помощи (коэффициенты предпочтительности c_1, c_2, \dots, c_n), с помощью которых относительно легко можно определить оптимальные направления финансирования в системе здравоохранения.

Основные положения диссертации опубликованы в следующих работах:

1. *Ризванова М.А.* Инвестиционные процессы в регионах / М.А. Ризванова // Высшая школа в условиях модернизации образования в России: сб. материалов ежегод. науч.-практ. конф. ВЭГУ. – Уфа: Восточный университет, 2003.– 0,3 п.л.
2. *Ризванова М.А.* Особенности и проблемы реализации региональной социальной политики / М.А. Ризванова // Грани познания: сб. научных трудов молодых ученых. – Уфа: Восточный университет, 2004.– Вып. №5. – 0,5 п.л.
3. *Ризванова М.А.* Основные принципы финансирования социальной политики / М.А. Ризванова // Экономическая теория: исторические корни, современная роль и перспективы развития: сб. материалов Междунар. симпозиума. – М.: Изд-во МГУ им. М.В. Ломоносова, 2004.– 0,5 п.л.
4. *Ризванова М.А.* Перспективы реформирования системы финансирования здравоохранения / М. А. Ризванова // Теория и практика программного развития регионов: сб. материалов Всероссийской науч.-практ. internet-конф. – Уфа: Гилем, 2004. – 0,3 п.л.
5. *Гизатуллин Х.Н., Ризванова М.А.* Здоровье населения и приоритеты развития основных медицинских услуг / Х.Н. Гизатуллин, М.А. Ризванова // Экономика региона. – 2005. – №4. – 1,2 п.л.
6. *Ризванова М.А.* К проблеме оценки индекса развития человеческого потенциала и его факторов / М. А. Ризванова // Региональная экономика: сб. трудов молодых ученых и специалистов. – Уфа: Гилем, 2005.– Вып. 4. – 0,5 п.л.
7. *Гизатуллин Х.Н., Ризванова М.А.* Совершенствование финансирования системы здравоохранения Республики Башкортостан как фактор возрастания человеческого потенциала региона / Х.Н. Гизатуллин, М.А. Ризванова // Стратегия развития экономики региона и муниципальных образований на инновационной основе: сб. научных трудов Всероссийской науч.-практ. конф. – (заочная) – Курган: Курганский филиал ИЭ УрО РАН, 2006.– 0,4 п.л.