

Российская академия наук
Уфимский научный центр
Институт социально-экономических исследований
Восточный институт экономики, гуманитарных наук,
управления и права

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)

Диссертация
на соискание ученой степени
кандидата экономических наук

Научный руководитель:
чл.-корр. РАН, д.э.н., профессор Х.Н. Гизатуллин

Ижевск– 2006

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	3-10
1. ПРОБЛЕМЫ ТРАНСФОРМАЦИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В УСЛОВИЯХ РЫНОЧНОЙ ЭКОНОМИКИ.....	11
1.1. Экономические модели национальных систем здравоохранения.....	12-25
1.2. Основные проблемы субъектов системы финансирования здравоохранения.....	25-37
1.3. Интересы субъектов системы финансирования здравоохранения.....	37-56
1.4 Основные направления реформы в здравоохранении.....	57-61
2. ФИНАНСИРОВАНИЕ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БАШКОРТОСТАН КАК ФАКТОР ВОЗРАСТАНИЯ ЧЕЛОВЕЧЕСКОГО ПОТЕНЦИАЛА РЕГИОНА И ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ЕЕ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ.....	62
2.1 Организация управления и финансирования системы здравоохранения Республики Башкортостан.....	62-75
2.2 Основные направления развития системы здравоохранения в Республике Башкортостан.....	75-92
2.3 Оплата труда медицинских работников в рыночных условиях	93-105
2.4 Модель оценки индекса развития человеческого потенциала	105-118
3. КОМПЛЕКСНЫЙ АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ И ОПТИМИЗАЦИЯ РАСПРЕДЕЛЕНИЯ ФИНАНСОВЫХ РЕСУРСОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БАШКОРТОСТАН	119
3.1. Анализ состояния здоровья населения в мировой практике и проблемы здравоохранения Российской Федерации и Республики Башкортостан.....	120-143
3.2. Финансовая обеспеченность государственных гарантий предоставления населению Российской Федерации и Республике Башкортостан бесплатной медицинской помощи.	143-155
3.3. Модельные конструкции и расчеты оптимального распределения финансовых ресурсов между видами медицинской помощи в здравоохранении региона.....	155-162
3.4. Особенности финансирования развития медицинской помощи в Республике Башкортостан (анализ экспериментальных расчетов)	162-170
Заключение	171-174
Список литературы	175-186
Приложения	187

Введение

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 организации охраны 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, отсутствии 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, В.А. Ильин, Н.А. Волгин, А.И. Вялков, В.Л. Гончаренко, В.И. Денисов, Д. Ибрагимова, Ф.Н. Кадыров, Н.А. Кравченко, В.З. Кучеренко, М.Б. Мирский, Е.А. Тищук, И.В. Поляков, А.В. Решетников, В.И. Стародубов, Р.Б. Салтман, Ф. Фили, Н.Ю. Трушкина, Е.И. Холостова, И.М. Шейман, 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 развития 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 взаимозависимость 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 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.

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 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.

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.

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» (г. 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 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 выделены проблемы в развитии здравоохранения (политические, финансово-экономические, медицинские, организационно-управленческие) 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.

1. ПРОБЛЕМЫ ТРАНСФОРМАЦИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В УСЛОВИЯХ РЫНОЧНОЙ ЭКОНОМИКИ

В 1990-х годах произошли серьезные преобразования в системе управления и финансирования российского здравоохранения. Главные из них:

- децентрализация управления;
- внедрение системы обязательного медицинского страхования;
- разработка федеральной и территориальных программ государственных гарантий обеспечения населения медицинской помощью.

В решении целого ряда вопросов существуют проблемы:

1. сохраняется разрыв между стоимостью программы государственных гарантий и ее государственным финансированием;
2. сложившаяся бюджетно-страховая система финансирования громоздка и неэффективна;
3. реструктуризация системы медицинского обслуживания (внедрение общих врачебных практик, замещение стационарной медицинской помощи лечением в амбулаторных условиях, сокращение больничных коек) идет медленно;
4. действия разных субъектов управления и финансирования здравоохранения недостаточно координируются;
5. эффективность использования ресурсов не оценивается и усилий по ее повышению не предпринимается.

Причины замедления реформ объясняются особенностями различных интересов по отношению к общественному здравоохранению. Дальнейший ход реформ будет зависеть от борьбы и взаимодействия друг с другом субъектов финансирования здравоохранения: органов власти разных уровней, органов управления здравоохранением, государственных фондов обязательного медицинского страхования, негосударственных страховых медицинских организаций, а также руководителей медицинских учреждений.

Целью первой главы работы является анализ интересов по отношению к реформированию системы финансирования здравоохранения.

Задачами первой главы работы выступают:

- выявление и систематизация интересов и позиций субъектов системы финансирования здравоохранения по отношению к их реформированию;
- оценка с политико-экономической точки зрения реализуемости обсуждаемых типов преобразований в системах финансирования здравоохранения;
- разработка предложений о реалистичных стратегиях и конкретных механизмах изменения систем финансирования в рассматриваемой сфере здравоохранения.

Эти задачи решаются путем анализа данных Министерства здравоохранения, Министерства здравоохранения и социального развития, Федерального и территориальных фондов обязательного медицинского страхования, страховых медицинских организаций, лечебно-профилактических учреждений и проведения интервью с работниками этих организаций, а также региональных органов власти и органов местного самоуправления.

В дальнейшем, в своей работе мы использовали исследования и материалы интервью, проведенные в рамках реализации различных проектов [10,49,50,117].

1.1. Экономические модели национальных систем здравоохранения

В основе каждой из рассмотренных моделей организации системы здравоохранения лежит различное понимание того, что же является товаром в сфере здравоохранения. Отношение к медицинской услуге как к частному, общественному или квазиобщественному благу определяет и роль государства в системе охраны здоровья, и формирование цен на рынке медицинских услуг, и оплату труда людей, занятых в этой сфере.

Какая же из моделей здравоохранения является наиболее эффективной: рыночная, государственная или социально-страховая? Каждая из моделей обладает своими достоинствами и недостатками. Для того, чтобы выделить их более четко, проведем сравнительный анализ и представим его результаты в виде таблицы (приложение 1).

Рассмотрим эффективность каждой из моделей с точки зрения возможности применения в условиях переходной экономики. Для этого обозначим характерные черты, присущие экономике переходного периода:

1. дефицит государственного бюджета;
2. спад производства;
3. высокий уровень безработицы;
4. низкий уровень доходов населения;
5. высокие темпы инфляции.

В условиях спада производства и роста безработицы, которые влекут за собой ухудшение качества жизни, потребность в медицинских услугах возрастает. Поэтому функционирование лечебно-профилактических учреждений нуждается, в первую очередь, в бесперебойном финансировании. Следовательно, в переходный период, с характерным для него дефицитом государственного бюджета, рассчитывать на эффективность государственной модели организации системы здравоохранения не приходится.

Низкий уровень доходов населения и высокие темпы инфляции будут значительно ограничивать платежеспособный спрос на медицинские услуги со стороны частных лиц. Спад производства и ориентация на выживание не позволят фирмам осуществлять добровольное страхование своих работников. Поэтому использование рыночной модели в условиях переходного периода приведет к тому, что значительная часть населения не сможет получить необходимую медицинскую помощь. Особенно это касается таких социально незащищенных слоев населения, как пожилые люди, инвалиды, дети, поскольку это группы с наименьшими доходами, но с наибольшими потребностями в медицинском обслуживании. Столь негативные

последствия в период экономико-политических реформ чреватые социальным взрывом.

Как уже отмечалось, в переходный период потребности людей в медицинском обслуживании возрастают. Для обеспечения минимально необходимого объема финансирования лечебно-профилактических учреждений требуется консолидировать все возможные источники привлечения средств. В условиях дефицита государственного бюджета и низких доходов населения только социально-страховая модель с многоканальной системой финансирования (из прибыли страховых организаций, отчислений от зарплаты, государственного бюджета) способна решить эту задачу.

Кризис государственной советской системы здравоохранения России

За период с 1937 по 1991 годов в России монопольно существовала и функционировала государственная система здравоохранения. Система охраны здоровья населения – это направленная на укрепление индивидуального и общественного здоровья деятельность, как самого населения, так и общества в целом, с привлечением всех его учреждений и организаций: политических, финансовых, частных, религиозных, страховых и других, в том числе медицинских. В общественной системе здравоохранение является элементом системы социальной защиты населения.

Здравоохранению можно дать следующее определение – это общность и определенный тип взаимоотношений индивидуумов и их групп в условиях геосоциальной среды и управление ими с целью обеспечения общественного здоровья, физического, психического и социального благополучия.

Состояние здоровья населения и тенденции изменения медико-демографической ситуации – основа при определении потребностей в охране здоровья и установлении приоритетов стратегии и тактики ее развития.

Для советского периода характерна ситуация, когда общее экономическое состояние страны ухудшается, здравоохранение испытывает недостаток средств и необходимость искать пути адаптации к новым, более благоприятным экономическим условиям.

Советское здравоохранение на основании принятой в государстве идеологии было отнесено к непроеизводственной сфере, т.е к сфере, имеющей второстепенное значение, не обеспечивающей своего финансирования и существующей за счет государственных средств и средств отраслей производственной сферы народного хозяйства. В связи с этим здравоохранение характеризовалось высокой занятостью рабочей силы и постоянной потребностью в неуклонном увеличении объемов финансирования. На государственном уровне сложилось финансирование отрасли по остаточному принципу.

Здравоохранение нашей страны прошло сложный исторический путь, позволивший в 20-60 годах XX века решить задачи социально-гигиенического благополучия в стране в условиях возникновения у населения преимущественно эпидемической инфекционной заболеваемости.

Советской системой здравоохранения к 50-м годам XX века достигнуты определенные положительные результаты в обеспечении населения врачами, больничными койками, в динамическом снижении уровня инфекционной заболеваемости и заболеваемости населения социальными болезнями, в постоянно улучшающихся демографических показателях. Полученные результаты обеспечили всеобщее признание советской государственной системы здравоохранения на мировом уровне.

Общегосударственный экономический кризис 60-х годов затронул в полной мере экономику, управление и организацию системы здравоохранения страны. Постоянное и неуклонное наращивание коечного фонда стационара, мощности поликлинической сети, объема медицинских кадров, наличие стабильно возрастающей потребности в увеличении объема финансирования отрасли определили формирование экстенсивного пути ее

развития. В течение нескольких десятилетий в основе советского здравоохранения лежала экстенсивная форма развития, что было в определенной степени оправдано. Но из года в год в советском здравоохранении усиливались отдельные негативные тенденции, которые определили формирование кризиса отрасли.

В 70-80 годах XX века в связи с начинающимся переходом заболеваемости от инфекционных к неинфекционным эпидемиям, с изменениями социально-экономических условий развития народного хозяйства в нашей стране сложился кризис здравоохранения, который требовал реформирования здравоохранения и проявлялся особенно остро по следующим направлениям – кризисы: здоровья, финансирования, материально-технической базы, кадров [73].

Кризис системы советского здравоохранения имел следующие характерные проявления:

1. жесткая централизация и преобладание командно-административного метода управления медицинской отраслью, в т.ч. планирование и использование материальных ресурсов на местах;
2. дефицит финансовых и материально-технических ресурсов здравоохранения, обусловленный нестабильным (дефицитным состоянием бюджетов регионов страны в период экономического спада и отсутствием весомых дополнительных источников финансирования отрасли);
3. осуществление бюджетно-сметного финансирования медицинских учреждений по результатам достижения объемных показателей (число коек в стационаре, число посещений поликлиники), а не по достижению социально и экономически значимых показателей (законченный случай лечения пациента, качество лечения);
4. развитие затратных форм оказания медицинской помощи: оказание и расширение преимущественно ресурсопотребляющих, дорогостоящих стационарных видов медицинской помощи, являющихся основой бюджетного финансирования медицинского учреждения;

5. отсутствие оптимальных критериев оценки качества оказания медицинской помощи, методологии и методов экономического стимулирования деятельности медицинского учреждения и труда медицинских работников [2];

6. отвлечение значительных финансовых средств на содержание нерентабельных медицинских учреждений: слабо оснащенных, малой мощности, не имеющих высококвалифицированных кадров и не оказывающих надлежащих объемов и видов специализированной медицинской помощи;

7. преобладание общего низкого уровня оплаты труда медицинских работников;

8. недостаточное развитие хозрасчетных отделений и отделений платных услуг в медицинских учреждениях, т.е. низкий объем поступления в медицинское учреждение дополнительных внебюджетных средств;

9. игнорирование законов ценообразования в медицинской отрасли;

10. неэффективное управление процессом оказания медицинских услуг и их оплаты;

11. неравенство в доступности, объеме и качестве оказания медицинской помощи для городского и сельского населения, а также при использовании для обслуживания отдельных категорий граждан специальных и ведомственных медицинских учреждений;

12. отсутствие общегосударственного и отраслевого системного подхода к охране здоровья населения [15].

Форма хозяйствования в советском здравоохранении отражала основополагающие черты централизованной, командно-административной государственной системы управления страной. Содержание данной системы сводиться к следующему:

1. иерархическая, многоуровневая подчиненность;

2. определение на уровне высших эшелонов управления страны и отрасли цели развития отдельно взятого лечебно-профилактического учреждения и путей их достижения;

3. осуществление текущей координации и контроля деятельности нижестоящих звеньев системы здравоохранения вышестоящими;

4. доведение до медицинских учреждений обязательных для исполнения адресных плановых заданий, к выполнению которых привязывалась система оценки и экономического стимулирования;

5. осуществление строгого нормирования расходов в рамках всей системы здравоохранения страны.

Все вышеперечисленные факторы привели к негативным последствиям в функционировании медицинской отрасли и формированию низкой общественно-социальной значимости здравоохранения. Развитие здравоохранения не учитывало и никак не зависело от потребностей населения в медицинской помощи, от структуры и уровня показателей общественного и индивидуального здоровья, а также от востребованности у различных групп населения предоставляемых медицинских услуг. Имелся единственный экономический стимул для развития медицинского учреждения в этот период – это, основываясь на нормативах и количественных показателях, максимально увеличить планируемую смету расходов, а утвержденные бюджетно-сметные ассигнования полностью освоить за год.

В медицине не всегда возможно пользоваться только экономическими методами управления для достижения оптимальных клинических результатов, но полное их отсутствие приведет к неблагоприятным последствиям.

Соответственно решаемым задачам в системе здравоохранения должны использоваться как административные, так и экономические методы управления:

1) существует набор мероприятий, видов лечения, которые должны производиться определенной категорией медицинских учреждений в соответствии с их специализацией (психиатрические, онкологические, фтизиатрические и другие) вне зависимости от их экономической эффективности. Сюда же относиться и ведение соответствующей документации, соблюдение правил эксплуатации оборудования, технологии оказания медицинской помощи, техники безопасности и т.д. Здесь, в первую очередь необходим административный контроль, а не методы экономического стимулирования;

2) медицинским учреждением должны выполняться стандарты качества лечения, достигаться необходимые уровни объективных показателей здоровья, качества, объема и вида медицинской помощи. На экономические методы здесь уповать полностью нельзя, т.к. в медицинской практики при лечении пациента первостепенным является получение клинического эффекта, т.е. достижение выздоровления или стойкой ремиссии обострения хронического заболевания. В рамках этого результата должен осуществляться поиск оптимального, экономически эффективного способа проведения курса лечения. В таких ситуациях только административный контроль не всегда помогает. Здесь должен осуществляться экспертный контроль, опирающийся на определенные медицинские критерии с использованием как административных, так и экономических методов управления;

3) достижения желаемых объемов и качества оказываемых медицинских услуг, рационального использования ресурсов невозможно добиться административными методами, т.к. здесь определяющими являются экономические методы [52].

Отсутствие экономических методов управления медицинской отраслью нашло свое яркое отражение в формировании кризиса советской системы здравоохранения.

Одной из основных причин осознания руководством страны необходимости проведения реформы здравоохранения стал четко проявивший себя *кризис здоровья нации*, выражающийся в нарастающем падении уровня индивидуального и общественного здоровья, значительном сокращении продолжительности жизни. Если еще в 1980 году группа здоровых лиц составляла приблизительно 30% от общего числа населения, то к 1995 году на их долю приходилось не более 20%, а к 2005 году – 10%. Из всех заболевших и обратившихся за медицинской помощью лиц более 25% пациентов ежегодно госпитализируются в больницы; из каждых 100 родившихся 11 имеют дефекты физического и психического развития [95].

Предпосылкой социального благополучия и нормального экономического функционирования нации является хорошее индивидуальное и общественное здоровье населения.

Действительно, здоровье населения – это не только медицинская категория, но и категория социальная и экономическая. Здоровье нации первейшая предпосылка национальной безопасности страны.

Общественное здоровье характеризуют следующие показатели: *демографические показатели, заболеваемость, инвалидность*, подробно эти характеристики рассматриваются в главе 3 данной работы.

На фоне неблагоприятных демографических тенденций и увеличивающейся заболеваемости проявилась беспомощность системы советского здравоохранения в профилактике заболеваний, неспособность противостоять негативному воздействию социально-экономических условий жизни и профессиональных вредностей труда на индивидуальное и общественное здоровье населения страны.

Бюджетно-сметная модель финансирования здравоохранения привела к экстенсивному пути развития отрасли: увеличение сети стационарных учреждений здравоохранения, численности коек, росту обеспеченности врачебными и среднемедицинскими кадрами.

В советский период в практике перспективного и текущего планирования расходов на здравоохранение использовались два типа нормативов, характеризующих состояние материально-технических ресурсов отрасли:

- сетевые (обеспеченность населения койками, врачами, средним медицинским персоналом, помещениями, а также посещениями в смену на 1000 человек);
- финансовые (стоимость затрат на питание и медикаменты в расчете на единицы деятельности – койко-день, посещение).

В условиях плановой экономики, т.е. при одноканальном (госбюджетном) финансировании здравоохранения, нормативное планирование сети и финансов отрасли решало задачи обеспечения текущей деятельности учреждений здравоохранения, способствовало развитию сети и регулировало объемы оказываемой населению медицинской помощи. Вместе с тем нормативное планирование характеризовалось статичностью, безальтернативностью и, по сути, являлось установленным запросом самой медицинской отрасли на финансовые и материальные ресурсы.

Следовательно, нормативное планирование не могло решить задач, касающихся внутрисистемной эффективности, устранить диспропорции в структуре лечебной сети, адаптировать систему здравоохранения к реальной потребности населения в медицинской помощи.

Недооценка экономических инструментов управления медицинской отрасли привела к деформации структуры больничных учреждений.

Основой финансирования советского здравоохранения являлась стоимость содержания больничной койки, что обуславливало экономическую заинтересованность руководителей системы здравоохранения в постоянном, ничем не оправданном наращивании числа больничных коек при убыли амбулаторных учреждений. Структурная деформация медицинских учреждений определила значительное снижение доступности для населения медицинской помощи, в первую очередь амбулаторно-поликлинической.

Фактическое состояние ресурсов здравоохранения характеризуется крайне выраженной степенью несоответствия финансовых ресурсов и плановых (объемных) показателей функционирования здравоохранения, а действующая схема распределения ресурсов в большинстве субъектов Российской Федерации фактически сохраняет затратный принцип финансирования, направленный на содержание имеющейся стационарной сети [38]. Увеличение объемных показателей системы здравоохранения (например, рост численности медицинских кадров) отражало рост самой отрасли, но не определяло соответствующего улучшения качества медицинского обслуживания, достижения доступности медицинской помощи и повышения уровня индивидуального и общественного здоровья населения страны.

Дефицит финансовых и иных ресурсов здравоохранения обусловлен остаточным принципом финансирования советского здравоохранения.

Так, к 1990 году на его финансирование приходилось лишь 3,4% средств от валового внутреннего продукта страны, что значительно меньше, чем в Соединенных штатах Америки (США) (в 4,1 раза) и Англии (в 2,1 раза). В России по сравнению с другими развитыми странами были крайне низкими (в 4,4-12,5 раза меньше) показатели расходов на медицинские услуги в год на душу населения. При этом обеспеченность врачами на 10000 населения в России оставалась самая высокая (в 2-3 раза) по сравнению с некоторыми развитыми странами, что характеризовало низкую интенсификацию, слабую механизацию и отсутствие какой-либо автоматизации работы медицинского персонала (табл. 1.1).

Разительно низким был уровень заработной платы врачей в Союзе советских социалистических республик (СССР), он составлял в 1990 году 700 рублей, что в 47 раз меньше, чем в США (табл. 1.1). Такое финансовое обеспечение врачей не могло служить экономическим стимулом для развития медицинской отрасли и роста производительности труда, повышения заинтересованности медицинского персонала в качестве своего труда.

Основные показатели экономики здравоохранения некоторых развитых стран и СССР в 1990 году [15]

Страна	Доля гос-расходов на здравоохранение от ВВП, %	Обеспеченность врачами на 10 тыс. населения	Расходы на медицинские услуги в год на душу населения, \$ США	Средне-месячная зарплата врача, тыс. руб.	Основная модель финансирования
США	13,9	23,0	2968,0	33,0	частная
Франция	9,7	25,0	1869,0	27,0	страховая
Италия	8,3	27,0	1236,0	11,0	бюджетная
Англия	7,1	16,0	1043,0	29,0	бюджетная
СССР	3,4	45,0	237,0	0,7	бюджетная

Коннов П.И., изучая зависимость между расходами на здравоохранение в расчете на душу населения и демографическими показателями, некоторыми показателями заболеваемости и инвалидности населения в России, выявил отчетливо выраженную корреляционную зависимость:

- сильную прямо пропорциональную связь между долей ВВП, затраченной на здравоохранение, и средней продолжительностью жизни (коэффициент корреляции $\sigma = +0,73$);

- сильную обратно пропорциональную связь между величиной национального дохода, приходящегося на одного среднегодового жителя, младенческой и материнской смертностью (коэффициент корреляции $\sigma = -0,83$ и $\sigma = -0,92$);

- сильную обратно пропорциональную связь между расходами на здравоохранение и уровнем новых поражений туберкулезом (коэффициент корреляции $\sigma = -0,92$);

- сильную обратно пропорциональную связь между расходами на здравоохранение и уровнем инвалидности рабочих и служащих (коэффициент корреляции $\sigma = -0,8$) [38].

Незначительные расходы государства на здравоохранение ведут к ухудшению состояния здоровья нации, а это оказывает негативное

воздействие на воспроизводство рабочей силы и, соответственно, приводит к потере в производстве валового национального продукта.

Уровень, качество и доступность медицинской помощи перестали удовлетворять население страны, росло негативное отношение к работе учреждений здравоохранения. Если в 1989 году отрицательное отношение к состоянию здравоохранения в среднем по России высказывали 36% опрошенных, то в августе 1994 года этот показатель по Москве достиг 76% [91]. В общем, назревала социальная напряженность, которая не вылилась в более острые формы проявления только потому, что в это же время происходило снижение ценности здоровья, его общественной и индивидуальной значимости. Проблемы выживаемости вытеснили из сознания людей имеющуюся слабую мотивацию к сохранению и укреплению собственного здоровья. Неудовлетворенность доступностью и качеством медицинской помощи со стороны основных потребителей медицинских услуг сочеталась с ростом недовольства медицинских работников условиями работы, отношением к их труду в обществе, отсутствием экономических стимулов их труда, беспомощностью руководителей здравоохранения в преобразовании отрасли. Медицинские работники оказались в ситуации невозможности выполнения профессионального долга: на вопрос о том, всегда ли вы можете оказывать помощь больным в объеме, соответствующем уровню ваших знаний, положительно ответили только 35% опрошенных врачей. В течение короткого времени уровень жизни медицинских работников оказался ниже, чем в других отраслях народного хозяйства; 28,6% врачей и 35,2% средних медицинских работников жили с трудом «сводя концы с концами». В это же время происходили существенные перемены в управлении здравоохранением. Как всегда, в условиях снижения бюджетного финансирования стала резко падать руководящая роль центра и, соответственно возрастать значимость регионального управления. Фактически федеральные структуры управления вынуждено передавали свои полномочия и ответственность на территориальный уровень.

Следствием финансового кризиса стал возрастающий отток квалифицированных медицинских специалистов из отрасли. По тем же причинам наблюдалось ухудшение материально-технической базы отрасли, которое усиливалось отсутствием экономической заинтересованности других отраслей народного хозяйства производить продукцию для медицинских учреждений, имеющих низкую платежеспособность. Такое положение дел не позволило сохранить управляемость и целостность системы здравоохранения с урегулированными взаимоотношениями между центром и регионами и с разграниченными полномочиями между подсистемами и органами здравоохранения.

1.2. Основные проблемы субъектов системы финансирования здравоохранения

Главной проблемой российской системы здравоохранения является значительный разрыв между государственными гарантиями бесплатного предоставления медицинской помощи населению и их финансовым обеспечением. По минимальной оценке, объем государственного финансирования здравоохранения (из бюджетов всех уровней и средств обязательного медицинского страхования) в реальном выражении уменьшился в течение 90-х годов на треть (рис. 1). Его рост, начавшийся с 2000 года, пока недостаточен для компенсации произошедшего снижения. Между тем гарантии бесплатного медицинского обслуживания населения, установленные в советское время, остались практически неизменными, а затраты, необходимые для их обеспечения, увеличились вследствие появления новых фондоемких медицинских технологий и новых дорогостоящих лекарственных препаратов.

Страны развивающегося мира с аналогичной долей государственных расходов на здравоохранение гарантируют населению только самые минимальные «пакеты» медицинских услуг, концентрируясь

преимущественно на обеспечении медико-социального благополучия (борьба с инфекционными заболеваниями и проч.). Государства в странах с высокоразвитой экономикой тратят на здравоохранение в среднем 6-7% ВВП, а в реальном выражении – на порядок больше, чем в России, и при этом практически ни в одной из этих стран не гарантируется бесплатность всех видов медицинской помощи всем гражданам.

Рисунок 1



* Сумма расходов на здравоохранение и физическую культуру из государственного бюджета и взносов работодателей на обязательное медицинское страхование. Источник: рассчитано по данным Госкомстата России с использованием индексов-дефляторов ВВП, публиковавшихся по истечении соответствующего года (1992 -17,2; 1993 -10,2; 1994 -4,1; 1995-2,8; 1996-1,4; 1997-1,2; 1998-1,1; 1999-1,6; 2000-1,4; 2001 - 1,2; 2002 - 1,2; 2003-1,0).

В советской системе финансирования здравоохранения существовали широкие обязательства государства по бесплатному медицинскому обслуживанию населения. При этом система здравоохранения, созданная в советское время, была ориентирована на массовое применение относительно простых медицинских технологий [108]. Развитие медицинской науки и фармацевтики значительно расширило возможности лечения многих заболеваний и соответственно обусловило рост потребностей населения в

получении медицинских услуг более высокого качества. Но удовлетворить эти потребности путем бесплатного предоставления всем гражданам медицинской помощи государство уже не в состоянии и в перспективе не будет способно это сделать. Объем государственного финансирования здравоохранения составляет в России в последние годы около 3% ВВП (табл. 1.2). Это примерно соответствует тому, сколько тратят на здравоохранение государства с аналогичным уровнем подушевого ВВП.

Таблица 1.2

Расходы государства на здравоохранение, в % к ВВП*

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2004
Здравоохранение в том числе	2,9	2,5	3,7	3,9	2,9	3,1	3,4	3,1	2,9	2,6	2,8	3,0	2,8
Государственный бюджет	2,9	2,5	3,1	3,2	2,4	2,5	2,8	2,4	2,2	1,9	2,1	2,4	2,2
Обязательные страховые взносы юридических лиц	-	-	0,6	0,7	0,5	0,6	0,6	0,7	0,7	0,7	0,7	0,6	0,6

*Источник: рассчитано по данным Госкомстата России.

Дисбаланс между государственными обязательствами и реальным их финансированием оказывает негативное влияние на функционирование системы здравоохранения. Государственные средства расходуются на поддержание существующих медицинских учреждений, прежде всего стационарных, в ущерб необходимому развитию профилактической работы и амбулаторно-поликлинической помощи. Из-за невозможности бесплатно предоставить желаемую медицинскую помощь всем гражданам происходит ухудшение доступности любой качественной медицинской помощи для широких слоев населения, нарастание платности медицинских услуг и расширение практики неформальных платежей.

В наибольшей мере от этого страдают малообеспеченные слои населения. Велико неравенство возможностей различных социальных групп в получении качественной медицинской помощи. Ссылки на

недостаточность государственного финансирования здравоохранения и на неисполнимость декларативных правил бесплатного медицинского обслуживания служат самооправданием для медицинских работников и руководителей здравоохранения за снижение качества медицинских услуг и за предоставление за плату услуг, которые реально могли бы быть оказаны для граждан бесплатно.

Таким образом, проблема состоит в том, что в современных условиях гарантии предоставления медицинской помощи населению и механизмы их обеспечения, сформировавшиеся еще в 30-е годы XX века, не позволяют достичь справедливого и эффективного предоставления населению необходимой качественной медицинской помощи за счет тех ресурсов, которое общество в состоянии тратить на охрану здоровья своих граждан [60].

Возможны три основные стратегии достижения финансовой обеспеченности государственных гарантий. Первая стратегия предусматривает рост государственного финансирования здравоохранения в сочетании с ограниченными мероприятиями по реструктуризации системы медицинского обслуживания и повышению ее эффективности.

Вторая и третья стратегии, предполагая постепенное увеличение государственных расходов на здравоохранение, отдают приоритет структурным и институциональным изменениям.

Вторая стратегия ориентирует на существенное повышение эффективности использования имеющихся ресурсов, достигаемое за счет масштабной реструктуризации медицинской помощи с переносом максимально возможной ее части на амбулаторный этап и одновременным прекращением финансирования из общественных источников высвобождающихся мощностей стационарных медицинских учреждений.

Третья стратегия предполагает сочетание мер по повышению эффективности системы здравоохранения с частичным пересмотром гарантий и сокращением медицинской помощи (по видам, гарантированным

объемам и условиям предоставления), полностью оплачиваемой за счет общественных источников.

«Основные направления социально-экономической политики Правительства Российской Федерации на долгосрочную перспективу», одобренные Правительством РФ в июне 2000 года, ориентируют на реализацию второй стратегии: реструктуризацию существующей сети медицинских организаций, вывод из системы общественного здравоохранения финансово необеспеченных учреждений, усиление государственного регулирования платной медицинской помощи, оказываемой в государственных и муниципальных ЛПУ [61,94].

Фактически же, начиная с 2000 года, реализуется первая стратегия. Размеры государственного финансирования здравоохранения увеличиваются в реальном выражении, отражая рост валового внутреннего продукта (ВВП). В то же время процесс реструктуризации системы медицинского обслуживания населения идет медленно.

Неэффективность сложившейся системы финансирования.

В первой половине 1990-х годов была предпринята попытка реформировать систему финансирования российского здравоохранения. Она заключалась во внедрении системы обязательного медицинского страхования (ОМС), которая должна была заменить систему бюджетного финансирования, содействовать повышению экономической стабильности работы отрасли и росту эффективности использования ее ресурсного потенциала [32].

Практическое внедрение ОМС было начато в 1993-1994 годах, но оказалось частичным. Замещение бюджетного финансирования медицинских организаций страховым финансированием не было завершено. Региональные и местные органы власти перечисляли взносы на ОМС неработающего населения в недостаточных объемах. В системе ОМС концентрируется лишь

одна треть государственного финансирования здравоохранения, а должно было бы около двух третей (рис. 2).

Так получается потому, что субъекты РФ, органы местного самоуправления предпочитают не платить взносы в систему ОМС за неработающее население, а, как и раньше, самим финансировать медицинские учреждения. В итоге те получают финансовые средства на покрытие издержек одной и той же деятельности одновременно по двум каналам: бюджетного финансирования и ОМС. Существующее сочетание элементов страхового и бюджетного финансирования не создает ни у кого стимулов к повышению эффективности использования ресурсов, содействует воспроизводству сложившегося затратного типа хозяйствования.

Сложившееся сочетание систем бюджетного и страхового финансирования ориентирует на поддержание существующей сети ЛПУ и объемов медицинского обслуживания, но не на решение назревших задач их реструктуризации и повышения эффективности использования имеющегося в отрасли ресурсного потенциала [131].

Государственное финансирование здравоохранения в 2002 году (млрд руб.)



Особенностью российской системы обязательного медицинского страхования является наличие двух типов страховщиков: 1) страховых медицинских организаций и 2) филиалов территориальных фондов ОМС

(табл. 1.3). Первые представляют собой, как правило, негосударственные коммерческие организации. Вторые являются структурными подразделениями государственных финансово-кредитных учреждений – территориальных фондов ОМС. В 1997 году в 42 субъектах РФ функции страховщиков выполняли только страховые компании, в 23 – только территориальные фонды ОМС и их филиалы, в 22 – и те, и другие.

Ожидаемые позитивные эффекты от деятельности новых субъектов в системе здравоохранения, связанные прежде всего с более рациональным использованием имеющихся ресурсов и с контролем качества лечения, не проявились с достаточной определенностью и не уравнивают затрат на содержание этих организаций. У страховых медицинских организаций и ЛПУ отсутствуют стимулы к более эффективному использованию имеющихся ресурсов. Поэтому фонды ОМС и в особенности страховые компании стали восприниматься значительной частью медицинских работников как ненужные и дорогостоящие посредники в системе финансирования здравоохранения в условиях экономического кризиса.

Страховые принципы организации финансирования предоставления медицинской помощи населению оказались практически не выраженными в той системе финансирования, которая реально функционирует под названием «Обязательное медицинское страхование». В сегодняшнем состоянии система ОМС исчерпала свои возможности, и следует либо отказаться от нее, либо модернизировать [120].

Таблица 1.3

Структура системы обязательного медицинского страхования*

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2004
Территориальные фонды ОМС	86	86	88	88	89	90	90	90	91	91
Филиалы территориальных фондов ОМС	1058	1103	1140	1108	1160	1170	1123	1129	982	933

Продолжение табл. 1.3

из них выполняющие функции страховщиков		571	486	423	419	487	500	516	485	454
Страховые медицинские организации	164	439	536	538	461	415	387	362	361	343

* Данные на конец года.

Источник: Федеральный фонд ОМС.

Попытки пересмотра сложившейся системы ОМС стали возникать почти сразу же после ее внедрения. Уже в 1996 году Правительство РФ внесло в Государственную Думу законопроект, который предусматривал исключение негосударственных страховых организаций из числа субъектов ОМС. Единственными страховщиками должны были стать территориальные фонды ОМС, которые, если захотят, могут привлекать страховые компании в качестве агентов для выполнения тех или иных функций. В 1998 году ряд субъектов РФ (Воронежская, Ленинградская, Читинская области) выступили с законодательными предложениями о внесении изменений в действующий федеральный закон о медицинском страховании. Предлагалось усилить контроль региональных властей за деятельностью фондов ОМС и предоставить им право использовать средства ОМС по своему собственному усмотрению, а также исключить страховые медицинские организации из системы ОМС, оставив территориальные фонды ОМС и их филиалы в качестве основных страховщиков.

В проекте Основных направлений социально-экономической политики Правительства РФ на долгосрочную перспективу, представленном в качестве программного документа, в том числе и по реформированию системы здравоохранения, было предложено формирование системы медико-социального страхования (МСС). Соответствующие предложения прорабатывались в правительстве, но в апреле 2002 года от объединения двух страховых систем решено было отказаться, но в 2004 году идея создания МСС возникла вновь, для этого необходимо [94,68]:

- создать действенные механизмы за выплатой пособий по временной нетрудоспособности на основании сведений о характере заболеваний и оказанной лечебной помощи;

- обеспечить тесную взаимосвязь между предоставлением лечебных и санаторно-курортных услуг путем частичной передачи специализированным санаторно-курортным организациям лечебно-оздоровительных функций по отдельным видам заболеваний;

- существенно снизить издержки в объединенной системе МСС.

В функции единой системы МСС будут входить:

- функции ОМС, установленные действующим законодательством;

- обеспечение выплаты пособий, финансируемых в настоящее время из средств Фонда социального страхования, при сохранении действующего порядка их выплаты через работодателей;

- осуществление контроля за обоснованностью выплат пособий по временной нетрудоспособности на основании сведений о характере заболеваний и оказанной лечебной помощи;

- финансирование детского отдыха, а также санаторно-курортного обслуживания участников Великой Отечественной войны (ВОВ).

Предполагается реформирование системы финансирования здравоохранения и социального страхования, основные направления которого должны включать в себя:

- реализацию подушевого принципа финансирования здравоохранения (формирование, распределение и расходование финансовых ресурсов);

- утверждение на всех уровнях подушевых нормативов в зависимости от показателей потребности в медицинской помощи для реализации программы государственных гарантий;

- разработку и внедрение механизмов выравнивания финансовых условий реализации программы государственных гарантий между субъектами РФ и между муниципальными образованиями в рамках каждого субъекта РФ;

- финансирование лечебно-оздоровительных услуг, предоставляемых санаторно-курортными организациями, должно быть учтено в базовой программе МСС, и оплачиваться через систему медико-социального страхования (МСС) на тех же принципах что и другие лечебные услуги;
- развитие форм добровольного медицинского страхования, не только дополняющий, но и включающих медицинские услуги и лекарственное обеспечение, предусмотренное программой МСС;
- поступление подавляющей части государственных средств, предназначенных для оплаты медицинской помощи, в медицинское учреждение из одного источника – системы МСС. Бюджетные средства, используемые для оплаты медицинской помощи, предусмотренные базовой программой МСС, должны направляться в систему МСС в качестве платежей на страхование неработающего населения. Для этого необходимо законодательно установить порядок использования бюджетных средств для оплаты медицинской помощи, включенной в программу МСС, только через систему МСС;
- охват основной части видов и объемов медицинской помощи базовой программой МСС. Из средств бюджета продолжают покрываться расходы на узкий круг социально значимых заболеваний, приобретение особо дорогостоящего оборудования, новое строительство – преимущественно на программной основе;
- поэтапное включение в программу МСС страхования лекарственного обеспечения и проведение профилактики заболеваний;
- в перспективе объектом ОМС должны стать не случаи заболевания застрахованных, а состояние их здоровья;
- из федерального бюджета должно быть продолжено финансирование дополнительных лечебных услуг для ряда категорий лиц, нуждающихся в специализированном лечении по профессиональным и иным основаниям;
- постепенный переход от оплаты фактических объемов медицинской помощи к оплате планируемых отдельных видов медицинской помощи,

определяемых на основе заказа медицинским организациям. Размещение этого заказа должно осуществляться страховщиком на основе показателей программы государственных гарантий и согласованного с медицинскими организациями плана предоставления медицинской помощи застрахованным;

– реализация принципа селективных договорных отношений – заключение договоров только с теми лечебными учреждениями, которые способны обеспечить более высокие показатели качества медицинской помощи и заложенные в программу государственных гарантий целевые показатели эффективности использования ресурсов. Это предполагает конкурное размещение заказа на оказание плановых объемов медицинской помощи;

– реформирование закона об обязательном медицинском страховании граждан.

С августа 2002 года к обсуждению направлений реформирования системы ОМС подключался Пенсионный фонд Российской Федерации. Он выступал с инициативой включения его в число субъектов обязательного медицинского страхования в качестве страхователя неработающих пенсионеров и предлагал участвовать в оплате соответствующих взносов в систему ОМС при условии заключения соглашений между фондами ОМС, Пенсионным фондом и администрациями субъектов Федерации о финансировании взносов на ОМС неработающего населения. Пенсионным фондом были подготовлены предложения о соответствующих поправках в действующий закон о медицинском страховании. Инициатива Пенсионного фонда получила поддержку Президента РФ. В марте 2003 года вопросы медицинского страхования рассматриваются на заседании Государственного совета под председательством Президента РФ. После этого было принято постановление Правительства РФ о проведении эксперимента по участию Пенсионного фонда в ОМС неработающего населения в нескольких субъектах РФ. Одновременно была продолжена работа по подготовке проекта закона об обязательном медицинском страховании, но вместе с тем

ведомствам, участвующим в подготовке законопроекта, не удалось достичь согласия по содержанию законопроекта.

В настоящее время модернизация здравоохранения предполагает формирование единой централизованной системы управления обязательным медицинским страхованием, основанной на страховых принципах. Экономическим нововведением в проекте закона «Об обязательном медицинском страховании» является «стоимость страхового года», под которой понимается минимально необходимая сумма денежных средств на каждого застрахованного. Данный экономический норматив, по замыслу разработчиков законопроекта, отражает взаимосвязь с минимальным размером оплаты труда и балансовой стоимостью Программы государственных гарантий медицинской помощи. Внедрение этого закона служит выравниванию финансовых условий для реализации территориальных программ за счет нивелирования региональной дифференциации страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения, т.к. в настоящее время размер страховых взносов на медицинское страхование неработающего населения в субъектах Федерации отличается в сотни раз.

1.3. Интересы субъектов системы финансирования здравоохранения

Любые преобразования в системе финансирования здравоохранения в первую очередь затрагивают *интересы субъектов* этой системы. В качестве таковых выступают:

1. Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации – Минздравсоцразвития РФ;
2. Региональные органы управления здравоохранением (департаменты, управления, министерства) – РОУЗ;

3. Муниципальные органы управления здравоохранением (в городах – городские и районные управления, в сельской местности – главные врачи центральных районных больниц) – МОУЗ;
4. Региональные и муниципальные органы исполнительной и представительной власти;
5. Федеральный фонд обязательного медицинского страхования (ФФОМС);
6. Территориальные фонды обязательного медицинского страхования (ТФОМС);
7. Страховые медицинские организации (СМО).

От позиций и действий этих субъектов зависят возможности и результативность преобразований в системе финансирования здравоохранения. Опираясь на данные интервью с руководителями и сотрудниками организаций, осуществляющих финансирование медицинской помощи, и руководителями организаций, предоставляющих медицинскую помощь населению, таким образом можно охарактеризовать интересы этих субъектов по отношению к реформированию системы финансирования.

1. Министерство здравоохранения и Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации

Прежде всего, следует отметить, что, несмотря на наличие целого ряда принятых ранее Министерством здравоохранения Российской Федерации (Минздравом РФ) программных документов, определяющих направления необходимых преобразований в системе здравоохранения в целом и в механизмах ее финансирования в частности, у него нет четко продуманной и реализуемой им стратегии реформ. Принимаемые концепции и стратегические планы, как правило, не содержали путей реализации, а по форме напоминали программные документы советских времен. При их подготовке Минздрав недостаточно учитывал мнение других субъектов системы финансирования здравоохранения. Так, при разработке программ,

ставящих задачи реструктуризации коечного фонда, внедрения врачей общей практики, не принималось во внимание отрицательное отношение к этому многих руководителей РОУЗ, не созывались совещания с их участием для обсуждения спорных вопросов. Это не было сделано и после того, как выявилось нежелание многих других субъектов выполнять установки, декларируемые Минздравом. Руководители РОУЗ воспринимали позицию Минздрава как навязываемую сверху.

Минздрав не оказал достаточной организационно-методической помощи в осуществлении требуемых преобразований, но весьма был инициативен в другой сфере своей компетенции – выполнении разрешительных функций для производителей и дистрибьюторов лекарственных средств и медицинской техники. При отсутствии прогресса в регулировании предоставления платных услуг населению, в реструктуризации здравоохранения, в модернизации ОМС Минздрав в последние годы последовательно и вполне успешно проводил политику усиления своих разрешительных полномочий.

В подтверждение этого вывода приведем следующие факты. В 2001 году была обновлена нормативная база, регулирующая обращение лекарственных средств. В соответствии с действующим законодательством, реализация лекарственных средств на территории Российской Федерации допускается только при наличии на них сертификата соответствия единого образца, который выдается органами по сертификации сроком на 1 год. Контрольные лаборатории обязаны теперь осуществлять свою деятельность в соответствии с положением, утверждаемым Минздравом России [74].

В 2002 году Правительство Российской Федерации приняло постановления «О лицензировании отдельных видов деятельности» от 11 февраля 2002 года № 135; «О лицензировании деятельности, связанной с оборотом наркотических и психотропных веществ» от 21 июня 2002 года № 454; «Об утверждении Положения о лицензировании фармацевтической деятельности» от 11 июля 2002 года № 489; «Об утверждении Положения о

лицензировании медицинской деятельности» от 4 июля 2002 года № 499 [76,78,79].

В мае Государственный комитет Российской Федерации по стандартизации и метрологии (Госстандарт РФ) по согласованию с Минздравом РФ утвердил Правила проведения сертификации лекарственных средств (Постановление от 24 мая 2002 года № 36). Они предусматривали обязательную сертификацию каждой партии (серии) произведенного или импортированного лекарственного средства. Ранее такая сертификация проводилась лишь при появлении на рынке нового препарата. Во исполнение Постановления Госстандарта РФ «Об утверждении и введении в действие «Правил проведения сертификации в Системе сертификации лекарственных средств Системы сертификации ГОСТ Р» и в целях усиления контроля за качеством лекарственных средств, предотвращения поступления на территорию Республики Башкортостан фальсифицированных и забракованных лекарственных средств Министерство здравоохранения РБ также работает в направлении усиления контроля над качеством лекарственных средств [80].

В настоящее время Министерство здравоохранения РФ (Минздрав) переименовано в Министерство здравоохранения и социального развития РФ (Минздравсоцразвития), которое является федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим более 100 функций по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения, социального развития, труда и защиты прав потребителей, включая вопросы организации медицинской профилактики, в том числе инфекционных заболеваний и СПИДа, медицинской помощи и медицинской реабилитации, фармацевтической деятельности, качества, эффективности и безопасности лекарственных средств, санитарно-эпидемиологического благополучия, уровня жизни и доходов населения, демографической политики, медико-санитарного обеспечения работников отдельных отраслей экономики с особо опасными условиями труда, медико-биологической

оценки воздействия на организм человека особо опасных факторов физической и химической природы, курортного дела, оплаты труда, пенсионного обеспечения, в том числе негосударственного пенсионного обеспечения, социального страхования, условий и охраны труда, социального партнерства и трудовых отношений, занятости населения и безработицы, трудовой миграции, альтернативной гражданской службы, государственной гражданской службы (за исключением вопросов оплаты труда), социальной защиты населения, в том числе социальной защиты семьи, женщин и детей.

Оно осуществляет координацию и контроль деятельности находящихся в его ведении Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития, Федеральной службы по труду и занятости, Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию, а также координацию деятельности Пенсионного фонда Российской Федерации, Фонда социального страхования Российской Федерации, Федерального фонда обязательного медицинского страхования, также осуществляет свою деятельность во взаимодействии с другими федеральными органами исполнительной власти, органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации, органами местного самоуправления, общественными объединениями и иными организациями. Стоит отметить, что министр несет персональную ответственность за выполнение возложенных на Минздравсоцразвития РФ полномочий и реализацию государственной политики в установленной сфере деятельности. Он выполняет около 20 функций, в числе которых стоит отметить, ряд наиболее важных по нашему мнению функций: вносит в Правительство Российской Федерации предложения о назначении на должность и об освобождении от должности руководителей Пенсионного фонда Российской Федерации, Фонда социального страхования Российской Федерации, Федерального фонда обязательного медицинского страхования, а также проекты нормативных правовых актов, регулирующих их деятельность, в

том числе проекты федеральных законов о бюджетах этих фондов и об исполнении этих бюджетов, назначает проверки их деятельности [75].

2. Региональные органы управления здравоохранением

Интересы руководителей РОУЗ в своей основе мало отличаются от интересов руководящих работников Минздрава. Не сложившиеся отношения с Минздравом означают, что регион мало, что получит при распределении ресурсов в рамках выполнения федеральных программ, а это понизит статус руководителей РОУЗ оценке их непосредственных начальников – руководителей региональных администраций.

Региональные власти заинтересованы в хорошем уровне оказания медицинской помощи населению, или, по крайней мере, в отсутствии социальной напряженности. Здесь, прежде всего, важно быстрое реагирование на чрезвычайные ситуации в организации медицинского обслуживания населения региона, которые могут вызвать негативную оценку их деятельности со стороны вышестоящих органов.

В выборе приоритетов своей политики руководители РОУЗ зависят не только от региональных органов власти и Минздрава, но, вместе с тем, и от главных врачей подведомственных им ЛПУ, и, кроме этого, от руководителей Муниципальных органов здравоохранения. Качество выполнения теми решений РОУЗ, формирование общественного мнения об эффективности работы руководителей РОУЗ может существенно повлиять на устойчивость их пребывания в своей должности.

Руководители РОУЗ в большинстве своем не склонны к проведению реформ по собственной инициативе и будут внедрять новшества лишь под давлением своих региональных властей и Минздрава. При этом они будут руководствоваться своим пониманием нужд и специфики регионального здравоохранения, и учитывать пожелания главных врачей подведомственных ЛПУ. Даже обладая большими полномочиями по управлению региональными системами здравоохранения, они не будут проводить

реформы достаточно жестко и последовательно, пока сами не поверят в их необходимость, кроме того, существует возможность снижения их статуса, сокращения полномочий в случае неуспеха проводимых преобразований.

3. Муниципальные органы управления здравоохранением

К муниципальной системе здравоохранения муниципальные органы управления здравоохранением и находящиеся в муниципальной собственности лечебно-профилактические и научно-исследовательские учреждения, фармацевтические предприятия и организации, аптечные учреждения, учреждения судебно-медицинской экспертизы, образовательные учреждения, которые являются юридическими лицами, и осуществляют свою деятельность в соответствии с действующим законодательством.

Муниципальные органы управления здравоохранением несут ответственность за санитарно-гигиеническое образование населения, обеспечение населения гарантированным объемом медико-социальной помощи, развитие муниципальной системы здравоохранения на подведомственной территории, осуществляют контроль за качеством оказания медико-социальной и лекарственной помощи предприятиями, учреждениями и организациями государственной, муниципальной, частной систем здравоохранения, а также лицами, занимающимися частной медицинской практикой. Финансирование деятельности предприятий, учреждений и организаций муниципальной системы здравоохранения осуществляется за счет средств бюджетов всех уровней, целевых фондов, предназначенных для охраны здоровья граждан, и иных источников, не запрещенных законодательством Российской Федерации.

Интересы руководителей городских органов здравоохранения схожи с интересами РОУЗ. Важная особенность состоит в том, что для многих субъектов РФ характерен конфликт между региональными органами власти и руководителями органов власти областного центра. Соответственно и взаимодействие РОУЗ с городскими органами здравоохранения при этом

часто характеризуются напряженностью и отсутствием взаимодействия. Поэтому городские органы могут сознательно противопоставлять свою политику инициативам, исходящим от вышестоящих органов.

Руководители сельских органов здравоохранения, а они обычно совмещают эту свою должность с руководством центральной районной больницей (ЦРБ), зависимы в первую очередь от муниципальных властей, которые назначают и освобождают их от должности. Они также зависимы от РОУЗ, поскольку получают дотации из областного бюджета, в определении размера которых РОУЗ обычно играют важную роль. Муниципальные органы назначают их на должность, но РОУЗ во многих случаях имеют возможность влиять на такие назначения. В силу такой двойственной зависимости они не будут оказывать сильного сопротивления проводимым сверху реформам, но и не окажут существенной поддержки тому, с чем внутренне не согласны.

Поскольку муниципальные власти зависят от избирателей больше, чем региональные, и, следовательно, заинтересованы в относительной удовлетворенности населения района уровнем медицинского обслуживания, то и руководители районного здравоохранения в значительной степени заинтересованы в этом. Таким образом, приоритетами деятельности руководителей муниципального здравоохранения являются:

- обеспечение удовлетворенности населения района уровнем медицинского обслуживания;
- сохранение позитивного отношения к себе со стороны муниципальных властей, от которых зависит их пребывание в должности и размер зарплаты;
- сохранение позитивных отношений с РОУЗ;
- личное материальное благополучие, поиск путей зарабатывания денег сверх официальной зарплаты.

4. Региональные органы исполнительной и представительной власти

Как правило, они в настоящее время не считают здравоохранение приоритетной сферой. Их отношение к реформам в здравоохранении связано с общей политической позицией. Если региональная администрация политически поддерживает правительство и президента, то, по крайней мере, на словах — она поддерживает реформы, в противном случае сопротивление реформам обычно проходит под лозунгом социальной защиты населения.

Приоритетом региональных руководителей в сфере здравоохранения является обеспечение такого уровня оказания медицинской помощи, который будет воспринят населением более или менее удовлетворительно, по крайней мере, не вызовет социальной напряженности. Региональные руководители будут поддерживать только такие реформы, которые не вызовут недовольства населения.

4.1. Муниципальные органы власти

Их интересы в применении к здравоохранению близки интересам региональных властей. Им важно обеспечить определенный уровень медицинского обслуживания населения, чтобы получить поддержку электората, достаточную для победы в последующих выборах. Но они более чувствительны, чем региональные руководители, к удовлетворенности населения именно состоянием здравоохранения, поскольку находятся ближе к избирателям, и те имеют возможность напрямую связать их действия с изменениями в доступности и качестве обслуживания в муниципальных ЛПУ. Это делает муниципальных руководителей скорее противниками реформ в здравоохранении, чем их сторонниками, поскольку изменения в условиях оплаты медицинской помощи, реструктуризация сети ЛПУ чреваты риском негативной оценки происходящих изменений со стороны сельского населения. Вместе с тем они готовы поддержать такие нововведения в

организации и финансировании здравоохранения, которые непосредственно выражаются в улучшении медицинского обслуживания населения данного муниципального образования.

5. Федеральный фонд обязательного медицинского страхования

Федеральный закон о бюджете ФФОМС на 2004 год исполнен на основании законодательных актов и нормативно-методических документов по обязательному медицинскому страхованию. В целях реализации принципа единства бюджетной системы Российской Федерации он исполнен в соответствии с единой бюджетной классификацией Российской Федерации [124]. Для определения доходной части бюджета использовались прогнозные показатели поступления единого социального налога, единого налога на вмененный доход для отдельных видов деятельности, единого налога, взимаемого в связи с применением упрощенной системы налогообложения, единого сельскохозяйственного налога, разработанные и представленные Министерством Российской Федерации по налогам и сборам. Поступления единого социального налога были определены в сумме 6200 млн. руб., единого налога на вмененный доход для отдельных видов деятельности в 2004 году составили 78,1 млн. руб., единого налога, взимаемого в связи с применением упрощенной системы налогообложения, – 87,9 млн. рублей. Поступление единого сельскохозяйственного налога в 2004 году исполнено в размере 1 млн. рублей. Сумма поступлений в 2004 году средств погашения задолженности предыдущих лет по страховым взносам, пеням и штрафам составила 39,2 млн. руб. Таким образом, общая сумма доходов Федерального фонда ОМС составила 6406,2 млн. руб.

Параметры расходной части бюджета фонда обязательного медицинского страхования (ФОМС) определены в соответствии с возложенными на ФФОМС уставными задачами. Приоритетным направлением при исполнении бюджета по-прежнему являются обеспечение финансовой устойчивости системы ОМС путем выравнивания финансовых

условий деятельности территориальных фондов ОМС в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования. Средства, направляемые на эти цели, с учетом нормированного страхового запаса определены в размере 5602,2 млн. руб., и составляют наибольший удельный вес в структуре расходов – 86%. Средства нормированного страхового запаса (400 млн. руб.) предусмотрены в бюджете ФОМС для обеспечения стабильного функционирования системы обязательного медицинского страхования на случай возникновения критического положения с финансированием программ ОМС в результате различных чрезвычайных ситуаций и обстоятельств в субъектах Российской Федерации.

Статья 4 Закона «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2004 год» предусмотрела возврат в бюджет ФОМС субвенций в случае их нецелевого использования в сроки, устанавливаемые Правлением ФОМС. Норма, предусмотренная статьей 4, создала правовые механизмы воздействия на получателей субвенций ФОМС (т.е. территориальные фонды ОМС в субъектах Российской Федерации) в случае их нецелевого использования либо нарушения сроков использования. В развитие этой нормы закона ФФОМС внесено дополнение в Положение «О порядке направления финансовых средств Федерального фонда обязательного медицинского страхования на выравнивание финансовых условий деятельности территориальных фондов обязательного медицинского страхования» [81].

Учитывая высокую социальную значимость мероприятий, направленных на снижение уровня показателей детской и материнской смертности, заболеваемости детей, подростков и женщин, в 2004 году ФФОМС по согласованию с Минздравом России продолжал финансирование целевой программы ФОМС «Охрана материнства и детства». На эти цели по бюджету исполнено 690 млн. руб., что составляет 11% от общей суммы доходов. Кроме того, статьей 6 Федерального закона установлено, что до 10% средств ФОМС из «расходов на выравнивание финансовых условий

деятельности территориальных фондов обязательного медицинского страхования, включая нормированный страховой запас» направлено на финансирование региональных целевых программ по охране материнства и детства.

На обеспечение целевых мероприятий по развитию и совершенствованию системы обязательного медицинского страхования, осуществляемых ФФОМС во исполнение уставных задач, направлено 3% от доходов ФОМС.

Так, в соответствии с Концепцией информатизации системы обязательного медицинского страхования на 2000-2005 годы в бюджете 2004 года было предусмотрено 40 млн. руб. на выполнение работ по созданию единого информационного пространства системы ОМС и здравоохранением путем интеграции информационных систем лечебных учреждений, органов управления здравоохранения, территориальных фондов ОМС и их филиалов, страховых медицинских организаций, вычислительных центров ФФОМС и Минздрава России в Единую информационную систему отрасли, проведение единой технической политики и совместное использование информационных и вычислительных ресурсов и телекоммуникационных сетей.

Кроме того, среди других основных направлений расходов ФОМС в 2004 году можно выделить следующие:

- научные исследования в области обязательного медицинского страхования, имеющие прикладное значение и направленные на разработку политики и стратегии дальнейшего развития и совершенствования системы ОМС в Российской Федерации. Отработку организационных, финансово-экономических и правовых, механизмов управления системой ОМС на федеральном и территориальном уровнях, оценку эффективности деятельности системы ОМС и ее роли в реформировании здравоохранения и обеспечения населения медицинской помощью – 4 млн. руб.; подготовка и переподготовка специалистов системы обязательного медицинского страхования – 3 млн. руб.; проведение региональных совещаний и

конференций – 1,5 млн. руб.; международное сотрудничество по вопросам обязательного медицинского страхования – 1,0 млн. руб.; информационно-публицистическая деятельность – 2,6 млн. руб.

Остаток средств на начало 2004 года в соответствии с Федеральным законом «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2003 год» предусмотрен в сумме 10 млн. руб., на конец 2004 года – 25 млн. руб. [125,126].

В соответствии со статьей 7 Закона о бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2004 год, сверхплановые доходы, поступившие в бюджет ФОМС в 2004 году направлены в размерах, определяемых Правлением Федерального фонда ОМС, на выравнивание финансовых условий деятельности территориальных фондов ОМС в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, включая финансирование региональных целевых программ по охране материнства и детства, а также на финансирование целевых программ оказания медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию [124].

6. Территориальные фонды обязательного медицинского страхования. Республиканский фонд обязательного медицинского страхования

В целом они более других субъектов удовлетворены существующей ситуацией. Их главный интерес состоит в сохранении существующего положения, позволяющего им при минимуме ответственности иметь высокие формальные заработки и неформальные доходы.

В 2003-2004 годах ФОМС была продолжена работа по совершенствованию методологии формирования и мониторинга Территориальных программ государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи. Территориальные программы государственных гарантий утверждены в 87 субъектах РФ и городах Саров (Нижегородская область) и Байконур. Не утверждены

территориальные программы государственных гарантий в Республике Ингушетия и Ямало-Ненецком автономном округе.

В целях оптимального выполнения Программы госгарантий, а также проведения согласованных действий Минздрава России, ФОМС и органов исполнительной власти субъектов РФ при реализации государственной политики в области здравоохранения утверждена отраслевая отчетная форма №62 «Сведения о реализации Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи» [84].

Комплексные анализ реализации Программы госгарантий в субъектах РФ, проводимый совместно с Минздравом России с 2001 года, свидетельствует о значительной положительной динамике реализации Программы. Так, число субъектов с низким уровнем реализации Программы уменьшилось с 34 в 2001 году до 23 в 2003 году, 18 в 2004 году.

И сегодня продолжается начатая в 1999 году работа по подписанию трехсторонних соглашений «О взаимодействии между Министерством здравоохранения РФ, Федеральным фондом ОМС и органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации по вопросам оказания населению медицинской помощи». В 2003 году пролонгированы соглашения с 46 субъектами Российской Федерации.

В соответствии с Уставом Контрольно-ревизионное управление Федерального фонда ОМС (КРУ ФОМС) совместно с территориальными фондами ОМС осуществляло деятельность по контролю за рациональным использованием финансовых средств в системе обязательного медицинского страхования, в том числе путем проведения соответствующих ревизий и целевых проверок.

В соответствии с комплексным планом ФОМС проверок учреждений и организаций, использующих средства обязательного медицинского страхования на 2003 год, КРУ ФОМС проведены комплексные проверки деятельности 16 территориальных фондов ОМС.

В результате проверок деятельности территориальных фондов ОМС установлены следующие нарушения:

- частичное несоответствие нормативно-правовой базы субъектов Российской Федерации по ОМС соответствующему федеральному законодательству (Республика Башкортостан, Смоленская, Ульяновская, Новосибирская области, Красноярский край, Еврейская АО и другие);
- включение в систему ОМС медицинских учреждений, не имеющих лицензий на осуществление медицинской деятельности (Вологодская область, Республика Башкортостан);
- ненадлежащее исполнение органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации обязательств по перечислению страховых взносов на ОМС неработающего населения (Корякский автономный округ, Волгоградская область и другие);
- нарушение порядка проведения реструктуризации задолженности по страховым взносам на ОМС неработающего населения;
- несоответствие территориальных программ ОМС субъектов Российской Федерации базовой программе ОМС граждан РФ: по структуре, объемам и видам медицинской помощи, нарушения порядка их утверждения, при этом утверждение стоимости с дефицитом от потребности;
- отсутствие в субъекте Российской Федерации тарифного соглашения на медицинские услуги (Ненецкий АО), включение в состав тарифа на медицинскую помощь по территориальным программам ОМС дополнительных статей расходов, не обеспеченных финансовыми источниками (Еврейская автономная область, Красноярский край, Челябинская, Вологодская область, Республика Башкортостан);
- нарушения в формировании и исполнении бюджетов территориальных фондов ОМС;
- нецелевое использование средств обязательного медицинского страхования.

По результатам проверок 16 территориальных фондов ОМС КРУ ФОМС в адрес руководителей органов исполнительной и законодательной власти субъектов РФ направлены письма-представления с предложениями об устранении нарушений Закона Российской Федерации «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации», о недопущении использования средств ОМС на цели, не предусмотренные обязательным медицинским страхованием, о восстановлении средств ОМС, использованных не по целевому назначению [126].

Основными направлениями деятельности ФОМС по информатизации в 2003 году являлись: продолжение работ по организации единого информационного пространства систем здравоохранения и ОМС; стандартизации и унификации информационного и программного обеспечения, сертификации программных средств; разработке типового программного обеспечения для территориальных фондов ОМС в рамках «пилотных» проектов в городах Орел, Белгород, Иваново, Калуга, Новгород и Мордовской Республике (в 2003 году в состав «пилотных» территорий вошли также Рязанский и Владимирский фонды); централизованному оснащению фондов ОМС средствами вычислительной техники и лицензионным программным обеспечением.

Продолжены разработка, тиражирование и внедрение типового программного обеспечения Единой информационной системы (ЕИС) ОМС и баз данных, необходимых для повсеместного перехода к страховым способам оплаты медицинской помощи на основе персонифицированных счетов-реестров, формируемых лечебно-профилактическими учреждениями.

Учитывая задачу, поставленную Президентом и Правительством РФ перед системой обязательного медицинского страхования, Планом основных направлений деятельности на 2004 год предусмотрено участие Федерального фонда ОМС в межведомственных рабочих группах по разработке законопроекта «Об обязательном медицинском страховании граждан в Российской Федерации», «О Федеральном фонде обязательного

медицинского страхования» и подготовке пакета нормативно-правовых документов, регулирующих реализацию Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании граждан в Российской Федерации».

Приоритетными направлениями работы ФОМС по дальнейшему развитию системы обязательного медицинского страхования в 2005 году явились:

1. участие ФОМС в совместной работе с министерствами и ведомствами по совершенствованию законодательной и нормативной базы системы ОМС;
2. обеспечение финансовой устойчивости системы ОМС и совершенствование финансово-экономической деятельности в системе ОМС;
3. участие в реализации постановления Правительства Российской Федерации «О финансировании в 2004 году дополнительных платежей на обязательное медицинское страхование неработающих пенсионеров, получающих трудовую пенсию по старости» и проведении деятельности по отработке порядка финансирования адресной медицинской помощи неработающих пенсионерам [85];
4. переход к страховым способам оплаты медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования;
5. совершенствование научно-информационного и информационно-технического обеспечения системы ОМС;
6. оказание организационно-методической помощи участникам системы ОМС, организация подготовки специалистов системы ОМС.

Рассмотрим, например основные технико-экономические показатели деятельности Уфимского филиала Республиканского фонда обязательного медицинского страхования (РФОМС) в 2001-2004 годах. Основой деятельности РФОМС, исходя из законодательных актов, является создание методической базы ОМС на закрепленной территории, контроль над выполнением своих обязанностей ЛПУ и СМО, а также сбор, аккумулирование и распределение средств.

Первые два показателя имеют под собой качественную основу и трудно поддаются количественной оценке. Для них анализа можно использовать данные проверок, осуществляемых ФФОМС по приказу Президента РФ, которые говорят о низкоэффективной работе Уфимского филиала РФОМС по их улучшению.

Анализ следующих показателей основан на данных бухгалтерского баланса и сводной отчетности деятельности Уфимского филиала РФОМС.

Сбор средств Уфимского филиала РФОМС в 2001-2002 годах составил соответственно 85258 и 115460 тыс. руб. в абсолютных ценах. т.о. получаем поступление средств от предприятий и организаций в 2001 году в ценах 2002 года 121919 тыс. руб., т.е. за 2002 год собираемость налога на ОМС упала на 5,3% по сравнению с 2001 годом (табл. 1.4).

Таблица 1.4

Год	Сбор средств, тыс. руб.	Доходы от вложения временно свободных средств, тыс. руб.	Передано ЛПУ, тыс. руб.	Численность работников, чел.
2001	85258	10059	91504	224/78
2002	115460	3983	114665	228/80
2003	150098	6004	124881	232/82
2004	195127	11708	113759	236/84

Доходы от вложения временно свободных средств также упали, что было связано, во-первых, с уменьшением реальных доходов и, следовательно, с уменьшением временно свободных средств. А во-вторых, опустилась ставка банков по депозитам, но это и не является решающим фактором, влияющим на динамику по этой статье.

Анализируя можно сделать вывод, что если в 2001-2002 годах в ЛПУ передавалась условно постоянная сумма в размере 96% наличных средств Уфимского филиала РФОМС, то в 2004 году она составляет 55% от его внебюджетных средств. Доходы от вложения временно свободных средств составляли в 2001г.—10% от сбора общих средств, 2002г.—3,4%, 2003г.—4%, 2004г.—6% [116].

Таким образом, финансовые средства, поступившие в ЛПУ РБ в 2005 году недостаточны, и составляют: 30% бюджетных средств, 55% его внебюджетных средств, 2% личных средств граждан, поступающих в результате оказания ЛПУ платных медицинских услуг, 10% средств страховых компаний и фондов добровольного медико-социального страхования (ДМС), 3% другие источники финансирования, поступающие за счет средств предприятий.

Для повышения собираемости налога на ОМС с предприятий в Республиканском фонде были разработаны и внедрены принципы взаиморасчета между страхователями и ЛПУ. Для повышения собираемости налога на ОМС с предприятий в РФОМС были разработаны и внедрены принципы взаиморасчета между страхователями и ЛПУ.

7. Страховые медицинские организации

На 1 января 2004 года страхование населения осуществляли 289 страховых медицинских организаций (СМО) и 54 их филиала на территориях 63 субъектов Российской Федерации. На территориях 28 субъектов РФ обязательное медицинское страхование осуществляли 446 филиалов, имеющих функцию страховщиков, и 8 территориальных фондов ОМС, где нет СМО. Численность застрахованных граждан по обязательному медицинскому страхованию в Российской Федерации составила 138,2 млн. человек (96,5% к численности постоянного населения Российской Федерации). Эти субъекты системы ОМС заинтересованы в сохранении своего положения в системе финансирования здравоохранения, в увеличении размеров средств, которыми они оперируют. Обсуждаемые направления необходимого реформирования системы финансирования здравоохранения в целом отвечают интересам большей части страховщиков, поскольку усиливают их роль покупателя медицинских услуг для застрахованного населения, создают условия для развития обязательного и добровольного медицинского страхования. Вместе с тем в шкале приоритетов на первом

месте для страховщиков все же стоит сохранение того, что у них есть сейчас, сохранение существующих формальных и неформальных правил финансирования в здравоохранении. Особенностью российских страховщиков является то, что они не выступают в качестве организованной группы специальных интересов, осуществляющей коллективные действия по продвижению необходимых изменений в законодательстве, хотя и имеют свои региональные и всероссийскую ассоциации.

8. Руководители учреждений здравоохранения

Рассмотрим также интересы руководителей основного звена системы здравоохранения, получателей средств от органов здравоохранения, фондов ОМС, страховщиков – главных врачей медицинских учреждений. Их интересы по отношению к системе финансирования здравоохранения состоят в следующем:

- обеспечение результативной работы руководимых ими ЛПУ, оцениваемой по критериям, используемым вышестоящими органами управления (показатели количества пролеченных больных, смертности, обращаемости койки, средней длительности пребывания пациентов в больнице и т.д.);

- поддержание позитивного отношения к себе со стороны руководителей вышестоящих органов здравоохранения, от которых зависит не только назначение их на должность, но и уровень финансирования руководимых ими ЛПУ. Главные врачи ЛПУ будут сопротивляться реформам, если последние грозят уменьшить финансирование ЛПУ и стимулировать отток из них квалифицированных кадров. Но главные врачи не обладают достаточной силой для противодействия реформам.

1.4. Основные направления реформы здравоохранения

В заключении следует выделить основные направления реформы здравоохранения, где изменяющиеся общественные отношения создают условия для существования различных типов систем здравоохранения.

Современная социальная медицина выделяет три типа систем здравоохранения: государственную, страховую, частную [91]. В ряду критериев такого разделения (собственность, право распоряжения ею, механизмы регулирования и управления системой) одним из важных является источник используемых здравоохранением финансовых ресурсов.

По этому признаку представляется возможным выделить еще и смешанную систему здравоохранения, использующую все возможные источники финансирования, предусмотренные существующей в обществе в каждый отдельный его период законодательной базой.

История не знает таких ситуаций, когда цели, которые ставит общество, были бы достижимы только за счет собственных возможностей или внешних средств, имеющихся в данный момент. Здравоохранение в полной мере испытывает на себе подобное стечение обстоятельств, т.е. находится в постоянно изменяющейся проблемной ситуации. Осознание обществом тех проблем, которые возникают перед ним в сфере охраны здоровья, происходит далеко не сразу. Зачастую кажущаяся простота проблем здравоохранения при формулировании целей и задач отрасли упирается в недооценку, как самих проблем, так и в переоценку тех возможностей, которые имеются у общества для их разрешения. Именно поэтому уже на стадии формулирования целей здравоохранения (проектирования системы здравоохранения) требуется тщательный отбор возможных составляющих (элементов), четкой их организации, способов управления ими, максимального учета ресурсов и факторов внешней среды.

Основным принципом построения любой системы здравоохранения является сохранение равновесия трех главных составляющих: населения – потенциального потребителя медицинской помощи, медицинских учреждений и плательщиков за оказанную медицинскую помощь.

Любая система здравоохранения имеет цель, которую можно сформулировать как оказание населению доступной, качественной медицинской помощи, улучшение состояния здоровья общества в целом и каждого гражданина в отдельности.

Государственная система здравоохранения с жестким административно-экономическим управлением, государственной собственностью на основные ресурсы, бюджетным финансированием, внутриведомственным контролем за объемом и качеством медицинской помощи, патерналистской моделью взаимоотношений работников здравоохранения и пациентов относительно стабильно работала до начала 80-х годов.

Именно до тех пор удавалось осуществлять финансирование медицинских учреждений по смете расходов, 50% которых приходилось на статьи, связанные с заработной платой (самой низкой в стране) и затратами на лекарства, предметы медицинского назначения и хозяйственные нужды по государственным ценам (часто оказывающихся гораздо ниже, чем расходы на производство). Такое финансирование позволяло государству поддерживать иллюзию бесплатной (для всего населения) и доступной (далеко не для всего населения) медицинской помощи при затратах на нее значительно ниже, чем это требовалось на самом деле. Создавалась и поддерживалась искусственная ситуация, позволявшая удовлетворять потребности здравоохранения при недостаточных ресурсах.

Следствием подобного состояния явились процессы деформации элементов системы, обусловленные истощением ресурсов, особенно финансовых. Именно с этого периода стало сокращаться бюджетное финансирование здравоохранения, все более приобретая остаточный принцип, что проявилось в резком снижении мотивации медицинского персонала к труду

и оттоку кадров (особенно среднего медицинского персонала) из медицинских учреждений. «Произошла дезориентация отрасли, связанная с несовершенством управления, избыточностью структур и полной финансовой неадекватностью, что и составляет суть глубокого кризиса в российской медико-социальной сфере» [45].

А.Ф. Финченко и В.И. Денисов, не отрицая достижений существовавшей системы (преемственности, общедоступности и профилактической направленности медицинской помощи), пришли к выводу, что «созданная на путях экстенсивного развития система здравоохранения становится все более затратной и менее эффективной» [127].

По мнению Н.А. Кравченко и К.К. Кузьмина, несовершенство системы распределения общественных фондов потребления, недостаточность средств на охрану здоровья и их несбалансированность с потребностью в медицинской помощи в рамках общей несбалансированности финансового и товарного обращения привели к появлению и прогрессированию теневого рынка медицинских услуг. Объем нелегально предоставляемых медицинских услуг исчислялся двумя миллиардами рублей в год (данные 1991–1992 гг.), что вызывало стихийное перераспределение значительных денежных средств [46].

В.З. Кучеренко характеризует систему отечественного здравоохранения советского периода как моносистему, трудно корректируемую, малодинамичную, нечувствительную к изменяющимся условиям и потребностям пациентов [48].

Основные причины дезинтеграции системы таковы:

- остаточный принцип финансирования;
- нерациональное использование основных ресурсов (кадры, финансы, оборудование);
- недостаток современных медицинских технологий;
- многообразие номенклатуры лечебных учреждений;
- снижение квалификации медицинского персонала догоспитального этапа;

- сохранение таких тенденций развития здравоохранения, как специализация (особенно в амбулаторно-поликлинической службе) и централизация;
- снижение у медицинских работников мотивации к труду и систематическому повышению квалификации, связанное с уравниловкой в оплате труда;
- падение трудовой и производственной дисциплины в коллективах медицинских работников [127].

Подобная характеристика подтверждается данными о состоянии здоровья населения России. Рост или снижение заболеваемости населения — главная оценка деятельности любой власти в области решения проблем здравоохранения и охраны здоровья населения. Именно в конце 60-х годов началось реформирование здравоохранения, с той или иной долей успеха завершившееся во многих странах к 90-м годам. Накоплен определенный опыт решения задач, стоявших перед здравоохранением любой страны (независимо от имеющей место системы здравоохранения): как сделать медицинскую помощь населению более доступной, более высокого качества при относительно небольших, но максимально эффективно используемых вложениях в здравоохранение.

Цель и задачи реформы в здравоохранении. 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 развития системы здравоохранения модель медицинского страхования.

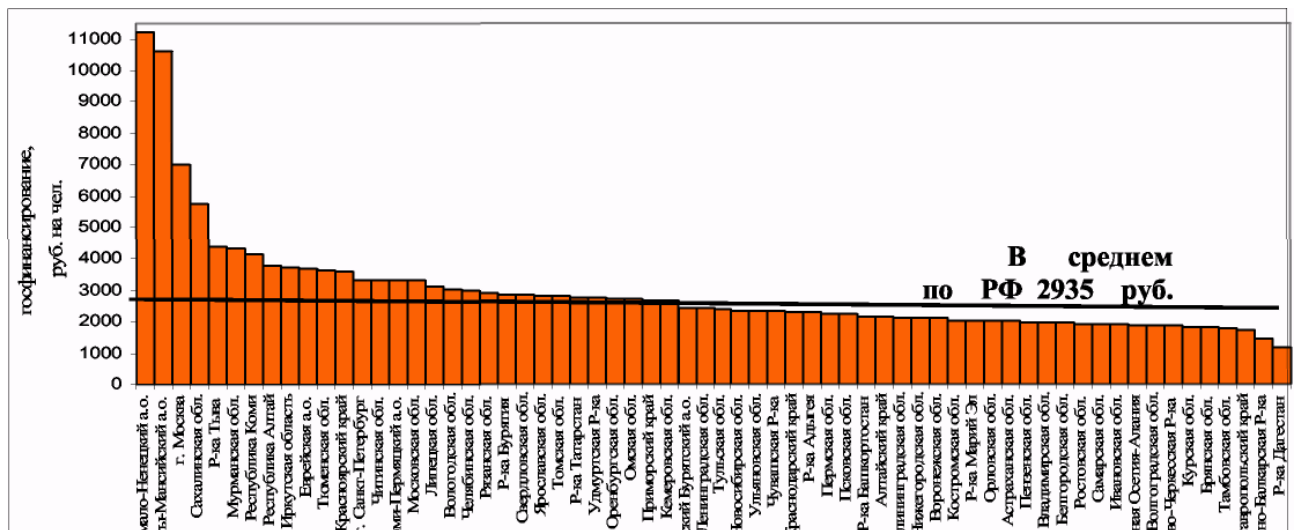
Новый этап реформирования здравоохранения является особенно актуальным в связи с тем, что состояние здоровья населения России заметно ухудшилось, а ранее принятые меры по реформированию данной отрасли не принесли ожидаемых результатов. Протекающая в российском здравоохранении реформа носит характер структурно-функциональной 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.

2. ФИНАНСИРОВАНИЕ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БАШКОРТОСТАН КАК ФАКТОР ВОЗРАСТАНИЯ ЧЕЛОВЕЧЕСКОГО ПОТЕНЦИАЛА РЕГИОНА И ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ЕЕ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ

2.1. Организация управления и финансирования системы здравоохранения в Республике Башкортостан

В Российской Федерации существуют значительные различия в организации государственного финансирования и управления здравоохранением в разных ее субъектах, в связи с этим заслуживает внимания анализ региональных различий в организации финансирования и управления здравоохранением в Республике Башкортостан.

Одной из важнейших характеристик имеющих различия между регионами России в финансировании здравоохранения является значительное неравенство в размерах финансирования территориальных программ государственных гарантий в расчете на одного жителя. Так размеры государственного финансирования здравоохранения в РБ в 2004 году составили около 2,2 тыс. руб. на человека, что ниже, чем в среднем по Российской Федерации – 2,9 тыс. руб. на человека (рис. 3).



Источник: данные из 64 субъектов РФ.

Рис. 3. Размеры государственного финансирования территориальных программ госгарантий в субъектах РФ в 2004 году, руб. на чел.

И только в 9 субъектах РФ уровень финансовой обеспеченности территориальных программ государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи населению превысил в 2004 году 100%. Это означает, что в этих регионах размеры государственного финансирования территориальной программы (расходы из консолидированного регионального бюджета и из средств ОМС) были не ниже рассчитанной ими величины стоимости территориальной программы [90]. При этом уровень финансовой обеспеченности территориальной программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи в РБ составляет 86%, что выше среднероссийского показателя – 82% (рис.4).

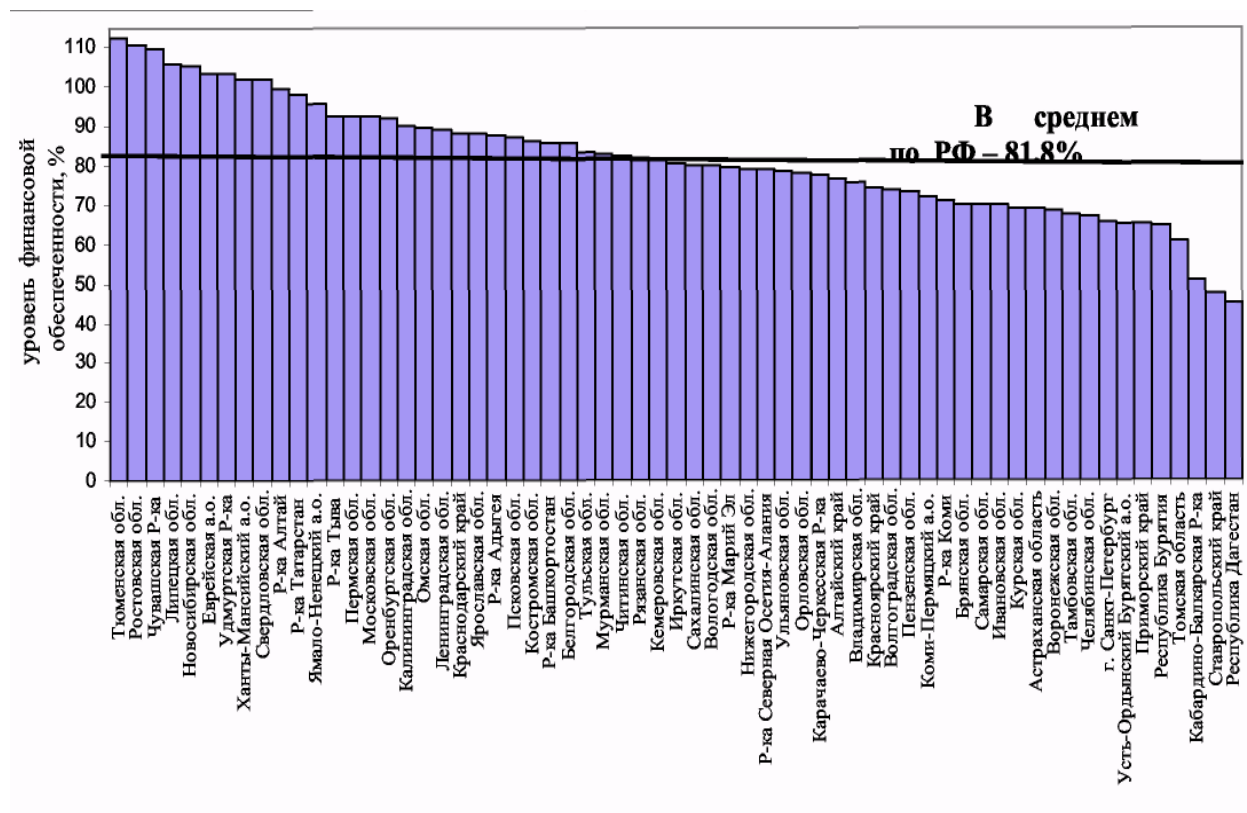
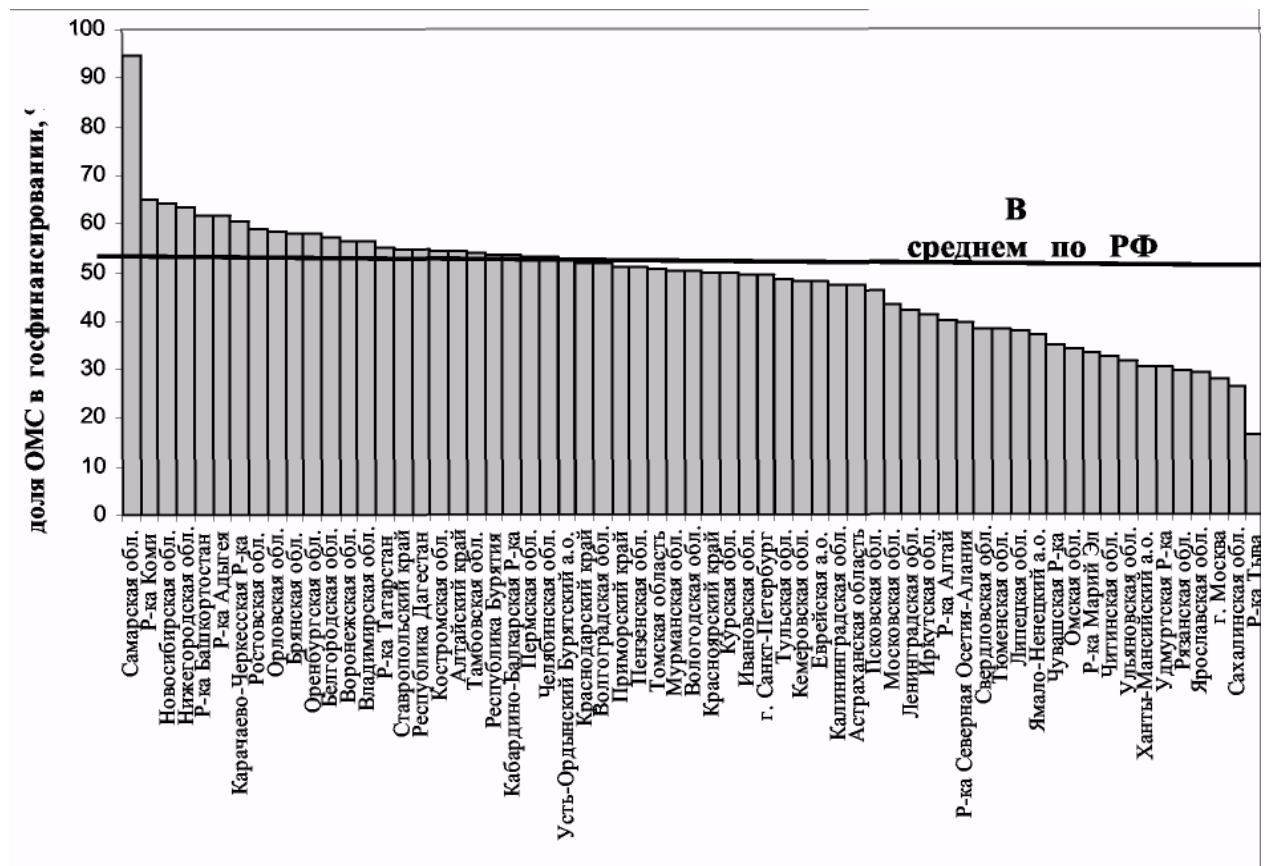


Рис. 4 Уровень финансовой обеспеченности территориальных программ государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи населению в 2004 году, %

1. Организация обязательного медицинского страхования РБ

До недавнего времени в системе ОМС аккумулировалось в среднем не более трети государственных средств, направляемых на здравоохранение и доля средств ОМС в государственном финансировании здравоохранения составила в среднем по субъектам РФ 48%. Исходя из того, что систему ОМС РБ можно охарактеризовать, как среднюю уровня развития, доля средств ОМС в государственном финансировании здравоохранения в РБ в 2004 году составила 62% (рис. 5).



Источник: данные из 64 субъектов РФ.

Рис. 5. Доля средств ОМС в государственном финансировании здравоохранения в субъектах РФ в 2004 году, %

При этом по данным Федерального фонда ОМС, от общего числа застрахованных по ОМС граждан на начало 2004 года работающие составили 40,6%, неработающие – соответственно 59,4% [65, с.7,94].

Медицинское страхование работающего населения осуществляется за счет налоговых поступлений (единого социального налога, единого налога, взимаемого в связи с применением упрощенной системы налогообложения, единого налога на вмененный доход, единого сельскохозяйственного налога), который достиг в 2004 году 115,3 млрд. руб., взносы на ОМС работающего населения в РБ составляли соответственно 2426,6 млн. руб. Страховые взносы на ОМС неработающего населения производятся из бюджета субъекта РФ и из местных бюджетов, в 2004 году они составляли 56,9 млрд. руб., а в РБ соответственно 2979,6 млн. руб.

Согласно действующему закону о медицинском страховании, страхователями неработающего населения могут выступать органы государственной власти субъектов РФ и органы местного самоуправления. Соответственно взносы на страхование неработающего населения могут производиться из региональных и местных бюджетов. В Республике Башкортостан источниками страховых взносов на ОМС неработающего населения в 2004 году выступали как региональный, так и местный бюджет. В большинстве субъектов РФ (51 субъект РФ) страхователями по ОМС неработающих граждан выступают только региональные органы власти. Поэтому предусмотренная новым законодательством о разграничении полномочий передача с 2006 года функции организации ОМС неработающих граждан в компетенцию органов государственной власти субъектов РФ закрепляет для большинства из них уже сложившееся положение.

Существует определенное число государственных, муниципальных и негосударственных медицинских организаций, расположенных на территории Республики Башкортостан, которые участвуют в системе ОМС (табл. 2.1).

Таблица 2.1

**Типы медицинских учреждений, участвующих в обязательном
медицинском страховании Республики Башкортостан в 2004 году**

Типы медицинских учреждений, участвующих в ОМС	Число государственных медицинских организаций	Число государственных ведомственных медицинских организаций	Число муниципальных медицинских организаций	Число частных медицинских организаций
1. Амбулаторно-поликлинические учреждения (кроме стоматологических поликлиник)	1		317	
В том числе:				
Самостоятельные	1		42	
1.2. Входящие в состав больничных учреждений			275	
2. Стоматологические поликлиники			20	
3. Больничные учреждения	6	4	139	
4. Станции скорой и неотложной медицинской помощи				

Функции страховщиков в системе ОМС в 44 субъектах РФ выполняют страховые медицинские организации, в 24 – страховые медицинские организации и филиалы территориального фонда ОМС, а в 20 – сами территориальные фонды ОМС и их филиалы. В Республике Башкортостан функции страховщиков в 2004 году выполняли филиалы Территориальных фондов обязательного медицинского страхования (ТФОМС) расположенных в районах РБ: Альшеевский, Баймакский, Белебеевский, Белорецкий, Бирский, Дуванский, Дюртюлинский, Илишевский, Ишимбайский, Кумертауский, Мелеузовский, Нефтекамский, Октябрьский, Салаватский, Стерлитамакский, Сибайский, Туймазинский, Учалинский, Уфимский, Чишминский, Янаульский, Центральный и Республиканские учреждения здравоохранения.

Во всех субъектах РФ, где действуют страховые медицинские организации, нормативы их финансирования из территориальных фондов ОМС устанавливаются дифференцировано, но в разных регионах – по-разному. Применяются три основных метода дифференциации нормативов финансирования и их различные сочетания – по возрасту застрахованных, по полу застрахованных, по месту жительства, по другим основаниям. В РБ применяется метод дифференциации нормативов финансирования по месту жительства застрахованных (по муниципальным образованиям).

Перечень видов медицинских учреждений, финансируемых из средств ОМС, неодинаков для субъектов Российской Федерации. В 2004 году можно было выделить следующие типы государственных (муниципальных) учреждений РБ, услуги которых оплачивались за счет средств ОМС:

1. больничные учреждения, включающиеся в себя больницы: участковые, районный, городские, центральные (районные, городские), областные (краевые, республиканские, окружные), специализированные;
2. виды диспансеров: кардиологические, кожно-венерологические, онкологические;
3. самостоятельные поликлиники;
4. родильные дома;
5. амбулатории;
6. фельдшерско-акушерские пункты.

Финансирование медицинских организаций в территориальных системах ОМС производится по разным правилам. В субъектах РФ применяются [113, с. 286-298]:

– семь основных методов оплаты амбулаторной помощи (по смете расходов, по посещениям, по бальной системе, за отдельные услуги, за законченный случай лечения, по подушевому принципу на одного

прикрепившегося, оплата амбулаторной помощи с учетом объемов и стоимости оказанной скорой и стационарной помощи¹);

Среди методов оплаты амбулаторно-поликлинической помощи в 68 субъектах РФ превалирует оплата по посещениям, этот метод поощряет за рост обращений к врачам и не стимулирует работу по профилактике заболеваний. Лишенный этих недостатков и широко используемый в других странах метод оплаты по подушевому принципу на одного прикрепившегося применяется в нашей стране реже (17 субъектов), а наиболее прогрессивный метод оплаты амбулаторной помощи с учетом объемов и стоимости оказанной скорой и стационарной помощи используется только в 4 субъектах РФ (Иркутская, Кемеровская, Самарская области, Приморский край).

– применяют шесть методов оплаты стационарной помощи (по смете расходов, по количеству фактически проведенных пациентом койко-дней, по средней стоимости лечения одного больного в профильном отделении, за законченный случай госпитализации, за согласованные объемы медицинской помощи, оплата фактических расходов за госпитализацию каждого пациента).

Среди методов оплаты стационарной помощи в 48 субъектах РФ чаще всего используется оплата за законченный случай госпитализации, что в принципе позволяет адекватно учесть в тарифах реальную сложность оказываемой помощи и создать стимулы у стационаров к повышению эффективности использования ресурсов и данный наиболее эффективный метод оплаты за согласованные объемы медицинской помощи применяется только в 10 субъектах РФ. Обращает на себя внимание, что в достаточно большом количестве субъектов РФ (в 37) используется метод оплаты по количеству фактически проведенных пациентом койко-дней, оно ориентирует стационары на поддержание максимального числа коек, рост госпитализации и длительности лечения. При этом следует отметить, что

¹ Последний метод представляет собой дополнение метода оплаты амбулаторной помощи по подушевому принципу элементами финансирования по принципу частичного фондодержания амбулаторного звена.

выделенные субъекты РФ, в том числе в Республике Башкортостан средства ОМС используются для оплаты амбулаторно-поликлинической помощи методом финансирования ЛПУ по смете расходов, (также оплата амбулаторной и стационарной помощи в РБ осуществляется за законченные случаи лечения), а в 9 субъектах РФ этот метод применяется для оплаты стационарной помощи. Эти данные свидетельствуют, что введенная в начале 90-х годов система ОМС так и не привела к повсеместной замене сметного финансирования ЛПУ, ориентирующего их на затратный тип хозяйствования, методами оплаты их работы в соответствии с результирующими показателями.

Эффективность применения методов оплаты медицинской помощи в системе ОМС зависит от степени разработанности нормативно-правовой базы, регулирующей объемы предоставляемых медицинских услуг. В ряде субъектов РФ при расчете тарифов в системе ОМС используется методология выявления клинико-статистических групп заболеваний, и применяются стандарты (медико-экономические стандарты МЭС, клинические протоколы, клинические рекомендации) оказания медицинской помощи. В 9 субъектах РФ, в том числе в Республике Башкортостан созданы развитые системы стандартов (более 500 разработанных стандартов). При расчете тарифов на оплату медицинской помощи в системе ОМС РБ в 2004 году использовалось 16611 МЭС, а КСГ используемых при оплате медицинской помощи в системе ОМС РБ нет. Также в 9 субъектах РФ имеются разработанные стандарты, но их немного (менее 100 КСГ, стандартов). В подавляющем большинстве субъектов РФ (в 61) такая работа не проводилась, тем не менее, представленные данные в целом свидетельствуют, что практика разработки стандартов и их использования для целей оплаты медицинской помощи получила достаточно заметное распространение в нашей стране, поэтому правомерно говорить о том, что существуют предпосылки для выполнения сформулированной в Послании

Президента РФ от 26 мая 2004 года задачи детализации гарантий бесплатной помощи в виде стандартов медицинских услуг.

Дифференциация тарифов на медицинские услуги стационаров в территориальных системах ОМС осуществляется по разным основаниям. Применяются 5 основных методов дифференциации тарифов (по категориям ЛПУ, по каждому ЛПУ, по профилям отделений стационара, по клинико-статистическим группам, по заболеваниям) и их различные сочетания. В наибольшей мере отвечающий требованиям эффективности метод дифференциации тарифов по случаям заболеваний использовался в 2004 году только в 9 субъектах РФ. Преобладают же более простые и менее эффективные способы дифференциации: по категориям ЛПУ (в 64 субъектах РФ, в том числе Республике Башкортостан) и по профилям отделений стационаров (в 61 субъекте РФ). Показательно, что в 26 субъектах тарифы устанавливаются индивидуально для каждого ЛПУ. Такая практика содействует закреплению сложившейся структуры объемов медицинской помощи, оказываемой в отделениях разных профилей в каждом отдельно взятом медицинском учреждении, и соответственно препятствует решению задач реструктуризации территориальных систем здравоохранения, которая необходима для повышения их эффективности.

2. Механизмы государственного управления региональными системами здравоохранения

Механизмы согласования политики регионального органа управления здравоохранением и территориального фонда ОМС, а также механизмы согласования региональной и муниципальной политики развиты в РБ на среднем для страны уровне. Практика согласования важнейших вопросов организации здравоохранения между региональным органом управления здравоохранением (РОУЗ), органами местного самоуправления и муниципальными органами управления здравоохранением (МОУЗ) в РБ как правило, заключается в следующих аспектах:

1) городские органы власти согласовывают с РОУЗ назначение и освобождение от должности руководителей городских органов управления здравоохранением;

2) городские органы власти согласовывают с РОУЗ необходимость открытия новых ЛПУ и/или ликвидации существующих;

3) городские органы власти или МОУЗ согласовывают с РОУЗ необходимость закупки дорогостоящего оборудования, производимой за счет городского бюджета;

4) районные органы власти согласовывают с РОУЗ назначение и освобождение от должности руководителей районных органов управления здравоохранением;

5) районные органы власти согласовывают с РОУЗ необходимость открытия новых ЛПУ и/или ликвидации существующих;

6) районные органы власти или МОУЗ согласовывают с РОУЗ необходимость закупки дорогостоящего оборудования, производимой за счет средств муниципального бюджета;

Степень развитости информационных технологий в управлении здравоохранением РБ в первую очередь может быть оценена обеспеченностью ЛПУ компьютерами и их использованием для электронного обмена информацией с органами управления здравоохранением. Немаловажное значение имеет наличие сайта РОУЗ, а также использование в регионе других новых информационных технологий.

Следует отметить неплохую оснащенность компьютерами большинства российских ЛПУ: в 59 субъектах РФ компьютеры имеются в большинстве ЛПУ, в 14 субъектах РФ в большинстве ЛПУ созданы компьютерные сети, а в 50 субъектах РФ такие сети есть в некоторых ЛПУ. Однако использование этого компьютерного парка для электронного обмена информацией недостаточно: только в 39 субъектах РФ материалы РОУЗ рассылаются по электронной почте большинству МОУЗ, и в 35 субъектах РФ

большинство МОУЗ отправляют по электронной почте в РОУЗ отчетные и другие материалы, что ранее до начала 2006 года в РБ осуществлено не было.

В настоящее время в большинстве ЛПУ Республики Башкортостан имеются компьютерные сети и рабочие места, оснащенные компьютерами, а также имеются электронные адреса сайтов регионального органа управления здравоохранением и Министерства здравоохранения (Минздрав) РБ.

Минздрав РБ, учел опыт 23 субъектов РФ, имеется опыт применения новых информационных технологий, уделив внимание телемедицине. Информационные технологии в управлении здравоохранением РБ применяются достаточно широко, используя телемедицину, проводятся телеконференции и телеконсультации. Отмечается высокий уровень развитости информационных технологий в управлении здравоохранением в РБ, где используются электронные базы данных и информационные системы для учета данных по пролеченным больным в стационарах и амбулаторно-поликлинических учреждениях.

Среди механизмов регулирования лекарственного обеспечения субъектов РФ наиболее часто используются:

- разработка и утверждение регионального перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств,
- разработка и утверждение региональных фармацевтических формуляров;
- установление предельных размеров оптовых и розничных надбавок;
- организация централизованных закупок лекарственных средств для стационаров, производимых за счет средств областного бюджета и ОМС.

Наибольшее распространение получила практика установления предельных размеров оптовых и розничных надбавок. Такие надбавки установлены практически во всех субъектах РФ (в 61), из которых получены информационные справки. Их значения колеблются от 5% до 50% для оптовых надбавок и от 15% до 90 % -для розничных.

Уровень развитости механизмов регулирования лекарственного обеспечения в РБ в 2004 году был несколько ниже среднего по стране. Предельные размеры оптовых надбавок и розничных надбавок к ценам закупки лекарственных средств установленные в РБ в 2005 году составили соответственно 25% и 40%. В значительном количестве субъектов РФ (в 54-х) существует практика централизованных закупок лекарственных средств для стационаров, производимых за счет средств регионального бюджета.

Степень развитости механизмов регулирования ценообразования на платные медицинские услуги в Республике Башкортостан также относительно невысока.

3. Общественные организации и новые формы управления и финансирования в системе здравоохранения РБ

Общественные организации в системе здравоохранения представлены во многих российских регионах ассоциациями медицинских работников и ассоциациями пациентов, реже действуют ассоциации страховщиков, а в остальных регионах страховщики взаимодействуют с властями ТФОМС только индивидуально. На территории Республики Башкортостан функционируют 36 ассоциаций врачей и средних медицинских работников под руководством Правления, а также – Республиканский Башкирский филиал Российской медицинской ассоциации, ассоциация пациентов на территории РБ отсутствует. На территории РБ существует ассоциация страховщиков, участвующих в медицинском страховании граждан.

В 2002 – 2006 годах в субъектах РФ, в том числе РБ используются новые формы управления и финансирования в сфере здравоохранения.

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 Республике Башкортостан и Программы госгарантий.

2. Расширенные заседания Правительства Республики Башкортостан (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 совершенствование методов расчета тарифов. На основании приказа Минздрава РБ № 543-Д и РФОМС РБ № 161-Д в ЛПУ работает компьютерная программа «Поликлиника». В начале 2006 года во всех поликлиниках РБ, работающих в системе ОМС, был введен «Талон амбулаторного пациента», позволивший перейти к оплате амбулаторно-поликлинической помощи за законченный случай лечения и ввести персонифицированное формирование реестров оплаты помощи застрахованным. Каждый приходящий в ЛПУ должен предоставить пакет документов: страховой полис, паспорт, страховое свидетельство государственного пенсионного страхования, пенсионное удостоверение (у пенсионеров), документ о группе инвалидности, если таковой имеется. Все данные, о пациенте включая вид оплаты амбулаторно-поликлинической

помощи, цель и результаты посещения заносятся в талон амбулаторного пациента. Каждый врач, к которому обращается больной, записывает дату посещения и код медицинской услуги (посещения, МЭС) в новый бланк талона. Врачами ставится диагноз предварительный и заключительный, их регистрация, характер основного заболевания, диспансерный учет и другие характеристики пациента. Операторами вносятся в компьютер и суммируются все талоны амбулаторного пациента на каждого человека, обратившегося в поликлинику. В конце месяца каждое ЛПУ РБ передает свой отчет по законченным случаям лечения через интернет-сеть в РФОМС РБ, органов РОУЗ и центральное статистическое бюро РБ [136].

Нововведением в системе здравоохранения также считается то, что в 2006 году были выделены субвенции на оплату труда отдельным категориям медицинских работников (врачей участковых терапевтов, педиатров, семейных врачей) и их медицинских сестер, которые подробно рассматриваются нами в разделе 2.3. данной главы.

Таким образом, региональные органы управления, министерство здравоохранения и правительство РБ осуществляет контроль за деятельностью ЛПУ РБ, качественным оказанием медицинской помощи и претворяет в жизнь приоритетный национальный проект «Здоровье».

2.2. Основные направления развития системы здравоохранения в Республике Башкортостан

Россия живет в условиях открытого мира, где постоянно обостряется конкурентная борьба за человеческий капитал, существуют демографические проблемы и неудовлетворительное состояние здоровья населения, если качество жизни в стране не улучшится в самое ближайшее время, ежегодно будут эмигрировать сотни тысяч россиян, именно поэтому необходим такой национальный проект по развитию российской медицины.

В Российской Федерации согласно национальному проекту «Здоровье» с 2006 года 30 млрд. руб. будут направлены на укрепление первичного звена.

Одним из основных направлений развития здравоохранения в Республике Башкортостан являются вопросы общественного здоровья, качества жизни и социального благополучия.

Демографическая ситуация в г. Уфе в 2004 году улучшилась по сравнению с 2003 годом: повысилась рождаемость, снизились показатели естественной убыли населения:

- рождаемость составила 10,7 на 1000 населения, в 2004 году родилось 11248 детей, что на 131 ребенка больше, чем в 2003г.;
- смертность в 2004 г. составила 13,2 на 1000 населения (2003г. – 13,3);
- естественная убыль составила -2,5 на 1000 населения (2003г. – 2,9);
- младенческая смертность на 1000 родившихся живыми снизилась и составила 11,5 (2003г. – 12,3).

Характеризуя основные качественные показатели здоровья населения в 2004 году, следует обратить внимание на снижение общей заболеваемости подростков на 13,6% и первичной заболеваемости среди подростков – на 15,8%. Благодаря своевременно проведенной вакцинации населения в 2003-2004 году удалось избежать эпидемии гриппа. Для проведения прививочной работы среди детей и рабочих предприятий администрацией города и муниципальными образованиями было выделено 11,2 млн. руб.

В 2003 году коечная сеть города была приведена в соответствие с нормативами программы государственных гарантий. На 01.01.2005 г. коечный фонд г. Уфы составил 7295 коек, в том числе 338 дневного пребывания. Среднее число дней работы койки в 2004 году возросло до 343 (2003г. – 331 день, по госгарантиям – 330 дней). Средняя длительность пребывания больного на койке сохранилась на уровне 2003 года и составила 12,9 дней (2003г. – 12,8 по нормативам программы госгарантий (ПГГ) – 14,3 дня).

В 2004 году стационарное лечение в учреждениях здравоохранения РБ получили 18% горожан (186621 чел.), в 2003г. – 181654 чел., также дальнейшее развитие получили стационарозамещающие технологии, число мест в дневных стационарах при поликлиниках увеличилось с 1015 в 2003 году до 1177 в 2004г., число коек дневного пребывания возросло с 312 в 2003 году до 338 в 2004г. Развернуты новые дневные стационары – при женских консультациях больницы №5, роддома №3, поликлиниках №38, №48, №32, детских поликлиниках №1, №3, увеличилось число мест дневного стационара поликлиники №36. Стационары на дому развернуты на 211 мест [1, 2; с.3-4].

В 2004 году дальнейшее развитие получило такое перспективное направление, как оказание медицинской помощи детям и подросткам в дневных стационарах при школах. Открыты 2 дневных стационара для детей школьного возраста: в Орджоникидзевском районе при школе №156 на 20 коек и в Советском районе при школе №94 на 60 коек. В дальнейшем планируется организовать дневной стационар детской поликлиники №8 на 20 коек в школе №80.

Важнейший сектор системы здравоохранения – амбулаторно-поликлиническая помощь (АПУ). Число врачебных посещений по Программе государственных гарантий в 2004 году в расчете на 1 жителя составило 13,0, тогда как в 2003 году этот показатель составлял 12,4 (по нормативам Программы государственных гарантий – 9,2), налицо значительное превышение нормативов. Подобная ситуация складывается и по линии скорой медицинской помощи, когда по вызовам превышаются нормативы госгарантий, в 2004 году 412 вызовов на 1000 жителей (в 2003г. – 370,5, по нормативам Программы государственных гарантий – 318). Как показывает анализ, амбулаторно-поликлинические учреждения и станция скорой медицинской помощи работают со значительной перегрузкой.

На диспансерном учете в АПУ РБ по поводу различных заболеваний на конец 2004 года состояло 240239 чел., по выявлению онкозаболеваний план

медосмотра выполнен на 101%, по выявлению туберкулеза – на 97%, по выявлению сердечно-сосудистых заболеваний – на 100%.

По итогам медосмотров в 2004 году было взято на диспансерный учет 15079 чел. (в 2003г.– 15735 чел.), из числа лиц, состоящих на диспансерном учете, пролечено амбулаторно 31102 чел., госпитализировано 6524 чел. [105, 106, с.5].

Деятельность по службам ЛПУ г. Уфы характеризовалась следующим образом:

– деятельность терапевтической службы была направлена на выполнение отраслевых мероприятий, определенных Программой государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи населению, что позволило сохранить объемы терапевтической помощи в стационарах и поликлиниках города. Мощность коечной сети терапевтического профиля в 2004 году составила 35,2% от всего коечного фонда города. Средняя работа терапевтической койки составила 351 день в году;

– в деятельности хирургической службы, следует отметить, что укомплектованность хирургами амбулаторной сети в настоящее время выше, чем терапевтами и в 2004 году составляла 70,7% (в 2003г. – 73,6%). Укомплектованность хирургами в детских поликлиниках повысилась с 60% до 70,3% за счет целевого выпуска Башкирского государственного медицинского университета (БГМУ). Расширился объем выполняемых в амбулаторных условиях операций, в основном за счет внедрения стационарозамещающих технологий. В 2004 году в связи с реконструкцией и ремонтом были открыты плановые операционные в поликлинике №1, поликлиниках больниц №10, №12, №17. Затраты на 1 больного при выполнении операции в амбулаторных условиях в 6 раз меньше, чем при стационарных условиях.

Работа хирургической койки в целом по городу в 2004 году составляла 367 дней, наибольший показатель работы среди коек специализированных хирургических отделений зарегистрирован у оториноларингологических коек, наименьший – у ортопедических коек. Общее количество операций, выполненных в стационарах муниципальных ЛПУ, увеличилось и составило – 61 тыс. 712 операций, из них 7 тыс. 816 произведено детям. Хирургическая активность по стационарной службе в целом составила 57%, здесь есть большой резерв. Внедрение высокотехнологичных методов, таких, например, как литотрипсия (удаление камней в почках безоперационным методом) в больнице №8 за счет спонсорской поддержки позволит в ближайшем будущем в северной части города снять напряженность в этом направлении. Или внедрение эндоскопических методов лечения в абдоминальной хирургии, ортопедии в больнице №17. Такие резервы, несомненно, можно найти во многих клиниках.

Высоким остается удельный вес операций, выполняемых в стационарах с применением высокоточных лазерных технологий в таких клиниках, как БСМП, больница №21 и клинике БГМУ при больнице 36. Процент послеоперационных осложнений за 2004 год уменьшился с 0,4% до 0,2%, послеоперационная летальность осталась на прежнем уровне – 1,7%. Основной причиной летальности от острых хирургических заболеваний остается поздняя обращаемость за помощью, а именно 30% больных с острой хирургической патологией госпитализируются в запущенном состоянии (свыше 24 часов от начала заболевания), следует отметить, что в 2004 году отсутствовала летальность от острого аппендицита. В детской хирургической службе, как и в прежние годы, летальных случаев от острых хирургических заболеваний не отмечено. Снизился процент расхождений клинических и патологоанатомических диагнозов – с 7,6% до 6,6%. Травматология по-прежнему является самой затратной среди других отраслей хирургического

профиля. Неудовлетворительным остается финансирование ЛПУ по металлоконструкциям и эндопротезам.

Количество онкологических больных, находящихся на конец 2004 года на учете, достигло 20299 чел. Число больных, взятых на учет в 2005 году, составило 3537 чел., из них с IV стадией – 22,9%, что выше показателя за предыдущие годы. На 1 и 2 местах из вновь выявленных форм по-прежнему – рак легкого (470 случаев) и молочной железы (450 случаев) (в 2003г. – 377 и 432 случаев соответственно). Среди вновь выявленных онкобольных по запущенности лидируют рак легкого и рак желудка, по раку наружной локализации – рак молочной железы и рак прямой кишки [106, с.6].

Приоритетом государственной политики в социальной сфере РБ является охрана здоровья материнства и детства.

Основные показатели этой службы за 2004 год выглядят следующим образом:

- количество родов, принятых в муниципальных и ведомственных родильных стационарах, составило 14204, что на 744 больше, чем в 2003 г.;
- удельный вес нормальных родов несколько снизился и составил 14,8% против 17,2% в 2003 г., однако данный показатель в значительной мере формируется за счет инотерриториальных рожениц из районов РБ, в то время как доля нормальных родов у жительниц г. Уфы остается на уровне прошлого года и составляет 45,2%;
- показатель перинатальной смертности снизился с 13% до 11,6%;
- показатель мертворожденности также снизился с 8,6% до 6,2%;
- впервые в г. Уфе за последние несколько десятилетий 2004 год завершен без случаев материнской смертности.

Распространение ВИЧ-инфекции в России приобрело эпидемический характер: по данным Организации Объединенных Наций (ООН), число лиц,

живущих с ВИЧ/СПИДом, в России составляет 860 тыс. человек. Заболеваемость инфекциями, передающимися половым путем в России более чем в 10 раз превышает показатели в странах Евросоюза или бывшем СССР.

Тревожным остается состояние инфекционной заболеваемости, в 2004 году по г. Уфе было выявлено 183 ВИЧ-инфицированных, из них 3 подростка. По состоянию на 31 декабря 2004 года на диспансерном учете в центре СПИД по г. Уфе состояло 2 тыс. 022 чел.: максимальное количество – в Калининском районе, минимальное – в Советском.

В Калининском районе – 528 чел. (268,7 на 100 тыс. чел.), Демском районе – 114 чел. (215,9 на 100 тыс. чел.), Кировском районе – 270 чел. (192,7 на 100 тыс. чел.), Ленинском районе – 137 чел. (191,3 на 100 тыс. чел.), Орджоникидзевском районе – 338 чел. (170,0 на 100 тыс. чел.), Советском районе – 238 чел. (137,5 на 100 тыс. чел.). Из числа лиц, состоящих на диспансерном учете по ВИЧ-инфекции, 11 чел. – лица в возрасте до 18 лет.

Наркологическая заболеваемость за 2004 год характеризуется приростом численности наркологических больных. Каждый 64 житель города страдает той или иной наркологической патологией. Отмечается рост по сравнению с 2003 годом на 8,5%.

Распространенность алкоголизма остается на стабильно высоком уровне. Не менее значимым представляется факт широкого распространения злоупотребления алкоголем в молодежных возрастных группах и рост заболеваемости алкоголизмом среди подростков. В сравнении с 2003 годом число подростков, страдающих алкоголизмом, увеличилось в 5,4 раза и составило 9,8 на 100 тыс. подросткового населения (соответственно 1,8 на 100 тыс. в 2003 г.). По районам г. Уфы распределение несовершеннолетних, состоящих на учете в наркодиспансере, выглядит следующим образом: Советский – 25,3%, Орджоникидзевский – 17,3%, Калининский – 16,6%,

Кировский – 16,1%, Октябрьский – 14,1%, Ленинский и Демский – 5,3% [106, с.6].

Таким образом, анализ показателей официальной медицинской статистики говорит о продолжающемся вовлечении значительной части детского и подросткового населения города в незаконное потребление наркотиков других психоактивных веществ. Также наблюдается увеличение потребления алкоголя и токсических веществ. В миллионном городе, каким является Уфа, и четверть населения которого составляют дети и подростки, такая сложная проблема, как алкоголизм и наркомания, требует очень простых и нестандартных решений. В целях дальнейшего развития и совершенствования оказания наркологической помощи назрела насущная потребность в организации в г. Уфе детского специализированного реабилитационного центра.

В прошедшем 2004 году ситуация по заболеваемости венерическими и заразными кожными болезнями имеет четкую тенденцию к снижению: заболеваемости сифилисом на – 26,6%, заболеваемость гонореей на – 7,9%.

Россия является одним из 22 государств мира с высокой пораженностью туберкулезом и страной с самым высоким в Европе уровнем смертности от туберкулеза. Наиболее опасна ситуация в республике Тыва, заболеваемость достигает 272 человек на 100 тыс. населения из-за преобладания бедного населения и деградации системы профилактики туберкулеза. Основные показатели противотуберкулезной службы РБ в 2004 году выглядят следующим образом: заболеваемость туберкулезом составила 65 на 100 тыс. населения, смертность от туберкулеза – 19 на 100 тыс. населения [106, с.7].

В 2004 году было проведено 17 городских конференций, семинаров, школ для практических врачей с участием ведущих специалистов республики и России. Особо следует отметить школу артериальной гипертонии с

участием академика Е.И. Чазова. Мероприятие подобного уровня стало настоящим событием среди медицинской общественности города и подняло статус столичного здравоохранения. Также в РБ были проведены конкурсы на звание «Лучший врач года» и прочие.

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.

1. Финансовые ресурсы здравоохранения РБ

Характеризуя работу органов и учреждений здравоохранения Республики Башкортостан и г. Уфы, в частности за 2004 год необходимо отметить, что здравоохранение города работало в непростых условиях, вызванных углублением процесса социально-экономических реформ. Была проведена определенная подготовительная работа по переходу к новым условиям финансирования, продолжалась деятельность по обеспечению населения всеми видами лечебно-профилактической помощи в рамках Программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи.

По состоянию на 01.01.2005 г. в г. Уфе работало 11 городских целевых программ по здравоохранению:

– «Программа борьбы с гриппом и ОРВИ в период эпидемий и предэпидемический период в г. Уфе на 2000-2005 гг.»;

– «Комплексный план мероприятий по профилактике заболевания геморрагической лихорадкой с почечным синдромом среди населения г. Уфы на 2001-2005 гг.»;

– «Внедрение принципа работы врача общей практики (семейного врача) в г. Уфе в 2002-2005 гг.». Во исполнение данной программы принятой в мае 2002 года, управлением здравоохранения проделана определенная работа совместно с БГМУ, отработана система подготовки врачей общей практики по государственной стандартной образовательной шестимесячной программе. В период с мая 2002 года по декабрь 2003 года подготовлено 33 врача общей практики. На участках обслуживания врачей общей практики улучшились показатели выявляемости онкопатологии, социально значимых заболеваний, снизилась заболеваемость с временной утратой трудоспособности.

– «Комплексная городская программа борьбы с наркоманией, токсикоманий, алкоголизмом среди населения г. Уфы на 2001-2005 гг.»;

– «Сахарный диабет»;

– «Охрана здоровья детей и подростков в г. Уфе на 2001-2005 гг.»;

– «Городская целевая программа по формированию здорового образа жизни»;

– «Программа развития больницы скорой медицинской помощи»;

– «Целевая программа борьбы с туберкулезом в г. Уфе».

В 2004 году было принято две новые целевые программы: это Постановление главы администрации г. Уфы «О развитии и совершенствовании стационарной и амбулаторной медицинской помощи детям и подросткам г. Уфы на базе городской детской клинической больницы № 17 на 2004-2006 гг.» и городская целевая программа «Вакцинопрофилактика» на 2005-2009 гг.

В ходе выполнения городских целевых программ в 2004 году освоено – 82 млн. 222 тыс. рублей [106, с.3].

На реализацию целевых программ РБ в 2004 году было направлено 2 млрд. 325 млн. рублей – фактическое освоение составило 101%. Представим часть перечня финансируемых целевых программ в 2004 году (табл. 2.2.):

Таблица 2.2

**Перечень финансирования целевых программ в Республике
Башкортостан в 2004 году**

№ п/п	Название программы/ мероприятия	Дефицит (-) /профицит (+)	Процент выполнения плана (%)
1.	«Неотложные меры борьбы с туберкулезом в Республике Башкортостан»	-87615 тыс. руб.	16,7%
2.	«Вакцинопрофилактика»	+25601 тыс. млн. руб.	100%
3.	«Развитие и совершенствование системы диагностики и лечения детей в РБ»	-34299 тыс. руб.	43,6%
4.	«Онкология»	-12161 тыс. руб.	42,5 %
5.	«Анти-Вич/Спид»	-13123 тыс. руб.	37,9%
6.	«Сахарный диабет»	-1893 тыс. руб.	87,5%
7.	«Дети России» подпрограмма «Здоровый ребенок»	+2000 тыс. руб.	100%
8.	«Охрана здоровья детей и подростков в РБ»	-29787 тыс. руб.	18,6%
9.	«Программа по противодействию злоупотреблению наркотиками и их незаконному обороту в РБ на 2004–2006 годы»	1500 тыс. руб.	100%
10.	«Профилактика и лечение артериальной гипертонии в РБ на 2003–2008 годы»	-25410 тыс. руб.	21,6%
11.	«Безопасная кровь»	+1 тыс. руб.	100%
12.	«Социально-экономическое развитие РБ до 2006 года»	-70197 тыс. руб.	88,3%
13.	«Укрепление материально-технической базы системы здравоохранения» на 2004-2010 годы	-126000 тыс. руб.	61,3%

Необходимо отметить финансовое состояние здравоохранения в Республике Башкортостан, его характеризуют такие показатели, как доля валового регионального продукта (ВРП), выделяемого на здравоохранение, и бюджетные ассигнования на здравоохранение и физическую культуру (табл. 2.3).

**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. 2.3 видно, что бюджетные ассигнования на здравоохранение и физическую культуру уменьшились в 2004 году по сравнению с 2001 годом на 178596 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 на неработающее население. 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.).

2. Другим фактором экономического обеспечения здравоохранения являются трудовые ресурсы здравоохранения РБ

Среднемесячная зарплата медработников в отрасли в 2004 году составляла: – врачей по линии ФОМС 5122 руб. (2003г. – 4323 руб.), по бюджету 6025 руб. (2003г. – 4617 руб.);

– среднего медицинского персонала по ФОМС – 3705 руб. (2003г. – 2701 руб.) и по бюджету 4116 руб. (2003г. – 2988 руб.)[105, 106, с.3].

Наряду с этим в 2004 году укомплектованность республиканской сферы здравоохранения кадрами оставалась низкой: врачами на 64% (4550 чел.); специалистами среднего звена на 64,4%, отмечалась тенденция к

снижению. Особенно остро стоит проблема нехватки кадров терапевтической и педиатрической участковой сети, младшего и технического персонала. В настоящее время укомплектованность участковыми врачами во взрослой сети составляет 54%, средним медицинским персоналом – 62%. Возможно, это связано с тем, что реформирование социально-экономической структуры общества, изменение в системе финансирования здравоохранения существенно усложнило работу первичного звена, создало дополнительную нагрузку для врачей и средних медработников поликлинической службы, что привело к дополнительному оттоку кадров из отрасли здравоохранения.

В результате всего с 1 января 2006 года средняя заработная плата работников здравоохранения – участковых врачей терапевтов, педиатров и врачей общей практики составила от 15-20 тыс. руб., их медсестер – 6-8 тыс. руб. Уровень оплаты труда участковых врачей терапевтов, педиатров и врачей общей практики, повышен на 10 000 руб., и на 5000 руб. повышен медицинским участковым сестрам, медицинским сестрам врачей общей (семейной) практики и врачей педиатров. При этом ее конкретный размер должен прямо зависеть от объема и качества оказываемой помощи. Уровень оплаты труда врачей узких специалистов и фельдшерам в фельдшерско-акушерских пунктах (ФАПы), в рамках реализации национального приоритетного проекта «Здоровье», повышен не будет, но при этом заработная плата работников бюджетных учреждений, к которым относятся ФАПы, в рамках бюджетного процесса будет повышена на 20%. Уделяя пристальное внимание именно первичному звену целесообразно, прежде всего, материально стимулировать участковых терапевтов, педиатров, врачей общей практики, именно тех врачей, которые наиболее тесно работают с пациентами. Врачи, ведущие прием в поликлиниках, будут задействованы в диспансеризации населения, что тоже скажется на их заработной плате [77].

В рамках приоритетного национального проекта «Здоровье» по развитию здравоохранения всем работающим в РБ будет дана возможность

проходить диспансеризацию по стандарту, утвержденному Минздравом. Стандарт предполагает определенные анализы, исследования, консультации специалистов. Существует перечень обязательных медицинских услуг и исследований, которые будут оплачиваться как дополнительные услуги. После того как человек пройдет диспансеризацию, плату за эти услуги получит поликлиника (из федерального бюджета на каждого жителя республики для диспансерного осмотра выделено по 500 руб.). Процесс диспансеризации будет добровольным, и поэтому существует необходимость работы с населением с целью разъяснить людям их права и показать, какие дополнительные возможности у них имеются, чтобы позаботиться о своем здоровье. Распоряжаться полученными средствами ЛПУ будут в соответствии с приказом Минсоцразвития. Из тех 2000 руб., которые получает с одного пациента женская консультация, 60% пойдет на заработную плату персоналу, а 40% – на медицинское оснащение и лекарства. Родильный сертификат стоимостью 5000 рублей, который предназначен для роддома, где обслуживается пациентка, 40% его стоимости пойдет на заработную плату персоналу, а 60% – на содержание и лекарства. Соответствующие инструкции будут даны по распределению денег, выделяемых на диспансеризацию, это делается, для того чтобы средства дошли до врачей и мотивировали медицинских работников на повышение качества работы.

Средства федерального бюджета, предусмотренные на реализацию проекта «Здоровье» нашли свое отражение в проекте Федерального закона «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2006 год». Сумма, предусмотренная на увеличение уровня оплаты врачей первичного звена, составила 12,8 млрд. руб.

В соответствии с постановлением правительства РФ от 30.12.2005г. №851 «О порядке финансового обеспечения расходов и учета средств на выполнение в 2006 году учреждениями здравоохранения муниципальных

образований, оказывающими первичную медико-санитарную помощь (а при их отсутствии – соответствующими учреждениями здравоохранения субъекта Российской Федерации), государственного задания по оказанию дополнительной медицинской помощи» каждый территориальный фонд медицинского страхования в каждом субъекте РФ получит субвенции на эти цели пропорционально численности врачей первичного звена и медицинских сестер. Правительством РФ утверждена соответствующая методика расчета размера субвенций. Размер субвенций рассчитывается по формуле, выражающей региональное значение суммы оплаты труда отдельной категории медработников:

$$C_{r3i} = (ДВ_{\text{в}} \times P_{\text{vi}} + ДВ_{\text{м}} \times P_{\text{mi}} + H_{\text{дв}}) \times 12, \quad (2.1)$$

где: C_{r3i} – размер выделяемой субъекту РФ субвенции;

$ДВ_{\text{в}}$ – 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»;

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

$ДВ_{\text{м}}$ – 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»;

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;

$H_{\text{дв}}$ – 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 [76].

Рассчитаем размер выделенных Федеральным фондом ОМС субвенций на заработную плату для медицинских кадров первичного звена Республики Башкортостан на 2006 год. Обеспеченность медицинскими кадрами по состоянию на 2006 год составила: врачами терапевтами 655 чел., врачами общей практики 32 чел., врачами педиатрами 447 чел., таким образом, общая численность данных врачей равна $P_{vi}=1134$ чел., медицинских сестер врачей терапевтов 1173 чел., медицинских сестер врачей общей практики 838 чел., медицинских сестер врачей педиатров 42 чел., таким образом, общая численность данных медицинских сестер равна $P_{mi}=2053$ чел. Размеры денежных выплат указанным врачам и медицинским сестрам равны $ДВ_v=10000$ руб., $ДВ_m=5000$ руб. H_{dv} равна 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 (2.1) запишется следующим образом:

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

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. [137].

В федеральном бюджете на 2006 год 55,8% от требуемого финансирования заложено на заработную плату работникам бюджетной сферы РБ, остальные обязательства регион должен исполнять сам. В начале 2006 года из федерального бюджета в Республику Башкортостан поступили

41 027 600 руб. для выплат врачам и медсестрам, но после проверки РФОМС обнаружилось неточности в реестре, поэтому сумма сократилась, и в лечебные учреждения республики перечислены 34 900 000 руб.

Повышение квалификации, профессиональная переподготовка будут проводиться как за счет средств федерального бюджета, так и в рамках средств, выделяемых для реализации приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения. В 2006 году на эти цели предусмотрено 200 млн. руб., в 2007 г. – 300 млн. руб. Указанные средства будут распределены среди образовательных учреждений высшего и дополнительного профессионального образования по результатам открытого конкурса [47].

3. Материальные ресурсы

В 2004 году Правительством РБ и администрацией города большое внимание уделялось развитию материально-технической базы (МТБ) отрасли. Наиболее крупные финансовые вложения были сделаны в следующие объекты: поликлиники больницы №17 на 300 посещений в смену и больницы №10; Ленинской подстанции скорой медицинской помощи; введение в эксплуатацию ядерно-магнитно-резонансного томографа, компьютерного томографа, стационарной рентгеновской установки в больнице скорой медицинской помощи (БСПМ), больницах №21, №10, поликлинике №32; а также, филиалы поликлиники №48, детской поликлиники №3, часть операционного блока городской клинической больницы (ГКБ) №21, дневной стационар поликлиники №36, а также проведена газификация здания этой поликлиники; женской консультации больницы №5; завершена реконструкция котельной Бирского филиала детского противотуберкулезного санатория; завершена реконструкция пищеблока БСМП, больницы №8, строительство пищеблока №5; введено в эксплуатацию социальное жилье для медицинских работников Ленинского района.

В связи с тем, что 2005 год был объявлен Годом профилактики наркомании, алкоголизма и табакокурения, была проведена работа по укреплению МТБ городского наркологического диспансера. В 2004-2005 гг. был открыт целый ряд его структурных подразделений, налажена работа выездных наркологических бригад по оказанию экстренной помощи, организованы курсы по подготовке медицинского персонала по вопросам проведения предрейсовых и послерейсовых текущих осмотров водителей автотранспортных средств. Оснащение муниципальных амбулаторно-поликлинических учреждений планируется проводить по результатам мониторинга определения укомплектованности диагностическим оборудованием с последующим четким распределением диагностического оборудования и, прежде всего тех поликлиник, которые недостаточно оснащены.

Реализация в 2006 году в Республике Башкортостан масштабной программы модернизации специализированной медицинской помощи «Здоровье населения Республики Башкортостан: профилактика заболеваний, медицинские технологии, здоровый образ жизни» в рамках приоритетного национального проекта Российской Федерации «Здоровье» предполагает, что впервые за последние годы возрастут расходы на нужды здравоохранения, бюджетное финансирование отрасли увеличиться на 22% и составит 11,6 млрд. рублей.

В 2006 году также будут реализованы программы дополнительной помощи будущим матерям, оснащение медицинских учреждений современной медицинской аппаратурой, увеличение количества машин «скорой помощи», программы строительства во многих регионах РФ центров высоких медицинских технологий. На модернизацию и оснащение ведущих диагностических центров правительство Башкортостана намерено потратить около 3 млрд. руб.

В 2006 году для ЛПУ РБ запланирован закуп на сумму 400 млн. 595 тыс. рублей рентгенологического, ультразвукового, лабораторного, эндоскопического и электрокардиографического диагностического оборудования. Приобретать и распределять все перечисленное оборудование планируется путем проведения тендера на сумму 100 млн. 140 тыс. рублей, а распределять – после проведения анализа мониторинга. В первую очередь будут оснащаться АПУ и станции скорой медицинской помощи со слабой материально-технической базой и имеющие квалифицированный медицинский персонал. В 2006-2007 годах предполагается переоснастить 60% учреждений скорой медицинской помощи санитарными автомобилями, реанимобилями, в том числе детскими средствами связи [47].

Таким образом, в будущем больницы получат современное оборудование, а врачи прибавку к жалованию, но главным результатом предстоящих преобразований в отрасли должно стать заметное улучшение качества медицинского обслуживания и, как следствие, снижение заболеваемости и смертности в республике.

2.3. Оплата труда медицинских работников в рыночных условиях

Затраты труда выражаются в количестве созданной продукции в единицу времени, однако такой измеритель не может определить результат деятельности медицинского работника, целью которой является здоровье пациента.

Понятие «здоровье» трудно отразить в стоимостной форме, тем более, что такой результат не всегда является конечной целью: есть неизлечимые болезни, запущенные случаи. Умственные, физические, нервные затраты медицинского работника также нечем измерить, т.е. специфика профессии говорит о том, что критерии результативности, эффективности труда медицинского работника объективно размыты, что ни в какой степени не

означает бесполезность этой деятельности и не принижает благородной миссии, осуществляемой медицинским работником:

1. объем работы, который может быть определен условными единицами трудоемкости, когда за 1 УЕТ принимается объем работы врача при лечении заболевания данной нозологической формы, принятой за единицу (например, объем работы врача при наложении пломбы при среднем кариесе, при амбулаторном посещении кардиолога с лечебно-диагностической целью).

2. время, определенное пятидневной или шестидневной рабочей неделей (рабочая неделя – 38,5 часов, при шестидневной рабочей неделе рабочий день врача длится 6,5 часов в стационаре, при пятидневной неделе – 7 часов 42 минуты, для узких специалистов рабочая неделя составляет 33 часа, рабочий день при шестидневной рабочей неделе длится 5,5 часов).

3. качество работы, отражается в таком понятии, как квалификационная категория (высшая, первая, вторая, «врач-специалист»).

Хотя сами эти три критерия затрат труда врача несовершенны, однако именно на них приходится ориентироваться при характеристике форм и систем оплаты труда медицинских работников, которые должны в полной мере отвечать принципу оплаты по количеству и качеству труда, учитывать конкретный вклад каждого работника в конечные результаты деятельности.

Следует отметить, что из всех норм по труду основополагающими являются нормы времени, все остальные нормы и нормативы – производные от этого показателя.

Учитывая все эти замечания, мы рассмотрим формы и системы оплаты труда. Известны две основные формы оплаты труда: повременная и сдельная. Повременная заработная плата зависит от количества отработанного времени. Ее расчет можно сделать путем умножения часовой тарифной ставки на фактически отработанное время. Тарифный коэффициент низшего разряда принимается равным единице.

Существуют две системы оплаты труда в повременной форме. Простая повременная система: расчет зависит от тарифной ставки, или оклада, и отработанного времени – является распространенной системы оплаты труда для специалистов и служащих. Повременно-премиальная система предусматривает сверх заработка по тарифной ставке (окладу) получение премии за достижение определенных количественных и качественных показателей.

Повременная форма имеет тот недостаток, что у работника снижен экономический стимул к росту интенсивности и производительности труда. С одной стороны, несложно рассчитать недельную или месячную зарплату, расходы на нее в учреждении здравоохранения, а с другой стороны, повременная оплата требует большого контроля за работником, делает необходимым иметь контролирующий работу персонал, который тоже получает зарплату, и это повышает цену медицинской услуги.

Сдельная оплата труда считается более гибкой, схема оплаты предполагает оплату либо просто за количество, либо за степень исполнения работы.

Системы оплаты труда при сдельной форме следующие: сдельная прямая, косвенная сдельная, сдельно-премиальная, сдельно-прогрессивная аккордно-сдельная, коллективная сдельная и другие.

Прямая сдельная рассчитывается путем деления тарифной ставки разряда на соответствующую норму выработки или умножения тарифной ставки разряда на соответствующую норму времени.

Косвенная сдельная оплата применяется для стимулирования труда вспомогательного персонала, обслуживающего основной технологический процесс (например, медсестры). Ставка вспомогательного работника умножается на средний процент выполнения норм основных работников либо находится путем умножения косвенно-сдельной расценки на фактическое количество медицинских услуг, оказанных основным

работником – врачом. Тогда расценка определяется как частное от деления тарифной ставки медсестры, оплачиваемой по данной системе, на суммарную норму выработки обслуживаемых ею врачей.

Сдельно-премиальная система включает в себя сочетание прямой сдельной с премиями.

Сдельно-прогрессивная система сочетает прямую сдельную с выплатами по повышенным расценкам в случае выработки сверх нормы без снижения качества.

Аккордно-сдельная система устанавливает оплату на весь объем работы, а не на отдельную операцию, плюс премия за сокращение сроков. Такую систему можно применять при работе, например зубных техников.

При коллективной сдельной оплате применяются либо индивидуальные расценки по конечным результатам работы, либо коллективные сдельные расценки.

При использовании системы коллективного подряда выплаты осуществляются только по конечному результату и включают основную заработную плату, премии из фонда материального поощрения, индивидуальные премии и выплаты. Бестарифная система оплаты труда учитывает квалификационный уровень работника, характеризующий фактическую продуктивность медперсонала. Для руководителей, специалистов и служащих используется система должностных окладов. В коммерческих структурах формы оплаты труда выбираются самостоятельно. Однако в настоящее время здравоохранение представлено в основном бюджетными лечебно-профилактическими учреждениями. В ЛПУ все названные системы оплаты труда ориентированы на заданные бюджетным финансированием оплаты. Дополнительной к бюджетному финансированию оплатой труда является часть прибыли, идущей на материальное поощрение, экономически обоснованными источниками, которой являются платные медицинские услуги. Дополнительные выплаты возможны также за счет

экономии фонда оплаты труда. Эта экономия возникает за счет недоукомплектования штатов, наличия бюллетеней, совмещения профессий внутри коллектива, сокращения сотрудников и увеличения оплаты труда оставшимся, использования средств других накопленных фондов, как временно свободных денежных средств. Поощрение работников возможно также свободным временем.

Все проанализированные формы и системы оплаты труда ориентированы на бюджетную сферу здравоохранения, которая в этом смысле характеризуется следующими особенностями:

1. система оплаты труда работников здравоохранения и социальной защиты населения состоит из схемного должностного оклада (ставки), а также повышений, доплат и надбавок, предусмотренных действующим законодательством. Единая тарифная сетка определяет минимальный уровень оплаты труда работников бюджетных учреждений. Трудовые доходы регулируются налогами и максимальными размерами не ограничиваются;

2. администрации краев, областей, городов за счет соответствующих бюджетов могут направлять средства на дополнительное увеличение должностных окладов ставок, размеров и видов повышений, доплат и надбавок сверх предусмотренных Правительством Российской Федерации;

3. оплата труда регламентируется приказами МЗСССР от 23.09.1981 №1000 «О мерах по совершенствованию организации работы амбулаторно-поликлинических учреждений» и МЗРФ от 27.08.1999 №337 «О номенклатуре специальностей в учреждениях здравоохранения».

Единые рекомендации по системам оплаты труда работников организаций, финансируемых из федерального, региональных и местных бюджетов на 2006 год разработаны Российской трехсторонней комиссии по регулированию социально-трудовых отношений в соответствии со статьей 135 Трудового кодекса РФ в целях обеспечения единых подходов к

регулированию заработной платы работников организаций бюджетной сферы, в том числе здравоохранения. Рекомендации учитываются Правительством РФ, органами государственной власти субъектов РФ и органами местного самоуправления при определении размеров финансирования организации здравоохранения и разработке законов и иных нормативных правовых актов по оплате труда работников учреждений бюджетной сферы.

В соответствии со статьей 1 Федерального закона от 19 июня 2000 г. №82-ФЗ «О минимальном размере оплаты труда» (в редакции Федерального закона от 29 декабря 2004 г. №198-ФЗ) минимальный размер оплаты труда установлен с 1 мая 2006 г. в размере 1100 рублей. В целях обеспечения единых подходов к формированию федеральной, региональных и муниципальных систем оплаты труда рекомендуется применять установленные на федеральном уровне:

- категорирование работников учреждений бюджетной сферы;
- отнесение учреждений бюджетной сферы к группам по оплате труда руководителей;
- исчисление профессионального стажа работы;
- отнесение к разрядам оплаты труда Единой тарифной сетки по оплате труда работников федеральных государственных учреждений (ЕТС) должностей работников учреждений бюджетной сферы;
- дифференциацию в уровнях оплаты труда работников и тарифных коэффициентов ЕТС;
- порядок установления оплаты труда высококвалифицированных рабочих, занятых на выполнении важных и ответственных работ;
- порядок установления размеров выплат стимулирующего характера;
- организацию труда и заработной платы отдельных категорий работников учреждений бюджетной сферы (включая правила установления и изменения разрядов и размеров ставок заработной платы при увеличении

стажа, при получении образования, при присвоении квалификационной категории, дежурства врачей на дому и другие).

До формирования федеральной, региональных, муниципальных систем оплаты труда в полном объеме, для обеспечения стабильности правового регулирования в вопросах оплаты труда в 2006 году рекомендуется применять тарифную систему оплаты труда работников бюджетной сферы на основе ЕТС с сохранением 18 разрядов и соотношением ставок первого и восемнадцатого разрядов 1:4,5 и межразрядных тарифных коэффициентов, утверждаемых Правительством РФ. Президент РФ в своем Послании Федеральному Собранию РФ 2005 года поставил задачу в течение трех лет добиться повышения доходов работников учреждений бюджетной сферы в реальном выражении не менее чем в 1,5 раза. В рамках реализации национальных проектов президентом РФ приняты дополнительные меры по повышению оплаты труда отдельным категориям работников организаций здравоохранения и образования – участковым врачам терапевтам, педиатрам, врачам общей практики, а также медицинским участковым сестрам, медицинским сестрам врачей общей (семейной) практики [96].

Заработная плата руководителей медицинских учреждений зависит от категории данного медработника и группы, к которой относится данное медицинское учреждение. Группа присваивается медицинскому учреждению в зависимости от числа сметных коек или числа врачебных должностей (последнее – для амбулаторно-поликлинических учреждений, стационаров, диспансеров и другие).

Современная тенденция в развитии форм и систем оплаты труда свидетельствует об уходе от повременной и сдельной форм и широком применении индивидуальной заработной платы. Это стало возможно с переходом Российской Федерации к формированию рыночных условий хозяйствования. В работе требуется не только увеличение выработки, но и лучшее использование оборудования, повышение качества, экономия,

рациональное использование сырья и материалов (например, в стоматологии применение новых технологий по обработке золота, других металлов). Поэтому появились многофакторные системы заработной платы, которые призваны учесть не только физическую, но и умственную, и нервную энергию медицинского работника.

Типичным примером многофакторной системы заработной платы является аналитическая оценка работ. Она сочетает в себе повременную систему, метод нормирования труда, метод его качественной оценки и способ профессионального отбора работников. В этом случае весь трудовой процесс распределяется на ряд факторов, сгруппированных в отдельном порядке, а именно, учитывается степень ответственности и условия труда, включаются и субъективные личные оценки работника руководителем (табл. 2.4).

Таблица 2.4

**Расчет оплаты труда медицинских работников при системе
аналитической оценки работ (в баллах)**

Факторы	Подфакторы	Примечания	Баллы
1	2	3	4
1. Профессиональная подготовка	а) образование	а) среднее б) среднее спец. В) высшее г) к.м.н. д) д. м.н. е) окончил ФУВ	1 2 3 4 5 +1 за каждый раз обучения
	б) квалификационная категория:	а) высшая б) первая в) вторая г) врач-специалист за 1 год	5 4 3 2 1
2. Умственные требования	а) тест	10 вопросов	10
	б) нестандартная ситуация	решил не решил	10 0
3. Физические требования	а) возрастные группы	1. 18-30 лет 2. 31-45 лет 3. 46-55 лет 4. 56 лет и старше	4 3 2 1
	б) фактор здоровья	1. Здоров 2. Не здоров	2 1

	в) выработка в единицу времени	1. Выполняет норму 2. Не выполняет норму 3. Перевыполняет норму	10 0 +1 за каждую единицу перевыполнения
4. Степень ответственности	а) за оборудование б) за материалы в) за соблюдение технологии (метода лечения) г) за персонал	за каждого подчиненного	1 1 1 1
5. Условия труда	а) производственные условия нормальные идеальные б) осложненные производственные условия в) степень риска:	редкие случаи обычные	1 2 5 1
Оценки «по заслугам»			
6. Качество работы			1
7. Рациональное использование материалов			1
8. Бережное отношение к оборудованию			1
9. Максимальное использование рабочего времени			1
10. Надежность, сотрудничество			1
11. Общее поведение			1
12. Возможность выдвижения			1
Всего баллов			

Такую оценку проводит руководитель (главный врач) или аттестационная комиссия ежегодно, и они могут принять решение о пересмотре оплаты труда сотрудника. При аналитической оценке работ чистый доход учреждения здравоохранения, полученный в результате работы на платных условиях, распределяется пропорционально количеству набранных баллов каждым медицинским работником.

Однако рынок услуг здравоохранения находится в становлении, коммерческая среда еще недостаточно развита, поэтому применение мирового опыта на практике не имеет пока повсеместного распространения.

Лечебно-профилактические учреждения, оказывающие частично платные медицинские услуги, используют в основном традиционные формы оплаты труда: повременную и сдельную и различные их системы. Получение дополнительного дохода медицинским работником в этих условиях связано с платными медицинскими услугами. В цене каждой медицинской услуги, по какой бы методике эта цена не рассчитывалась, есть элемент затрат в виде основной заработной платы. Как правило, основная заработная плата в себестоимости медицинской услуги составляет 32-35% в клиниках общего профиля и 25% – в стоматологии. Это процентное соотношение отражает общую схему затрат по оказанию медицинской помощи лечебным учреждением, т.е. смету его расходов. Вычленив из себестоимости платных медицинских услуг фонд оплаты труда, его можно распределять по принятой в ЛПУ методике (в зависимости от коэффициента трудового участия или в соответствии с количеством набранных баллов) между медицинскими работниками, участвующими в работе на платной основе, в дополнение к гарантированному минимуму, определенному ЕТС. Однако более целесообразно объединить эти средства в единый фонд оплаты труда и тем самым стимулировать коллектив к работе не только на платной основе, но и по программам бесплатной медицинской помощи. В любом случае оплата труда сотрудников будет выше, чем та, которая гарантирована бюджетными ассигнованиями.

В ЛПУ Республики Башкортостан по состоянию на 01.01.2006 года существуют следующие тарифные ставки врачей и среднего медицинского персонала. Должностной оклад врачей и среднего медицинского персонала, а также компенсационные выплаты, введенные взамен уральского коэффициента, подразделяется на 4 категории (табл. 2.5.):

**Должностные оклады и компенсационные выплаты
медицинским работникам в 2006 году**

Категория врачей/ среднего мед. персонала	Должностной оклад (руб.)	Компенсационные выплаты (руб.)
Врачи		
без категории	2144	147
I категории	2312	164
II категории	2496	185
высшей категории	2688	212
Средний медицинский персонал		
без категории	1472	88
I категории	1616	103
II категории	1776	112
высшей категории	1952	128

Дополнительно врачи получают 20% от должностного оклада за стаж при работе в учреждениях здравоохранения свыше 3-х лет, 30% – при работе свыше 5 лет. За вредные условия труда медицинские работники получают 15% от должностного оклада при работе в кабинете физиотерапии, кабинетах УЗИ и ФГС, а также в таких кабинетах как: дерматологический, хирургический, инфекционный, ЛОР-кабинет [83].

Согласно национальному проекту «Здоровье» дополнительно к должностным окладам участковые врачи терапевты и педиатры, врачи общей практики получают прибавку к заработной плате размере 10 000 руб., средний персонал – 5000 руб., во второй половине 2006 года в 1,8-2 раза увеличится заработная плата работников фельдшерско-акушерских пунктов и скорой помощи. Для реализации этих положений проекта Фонд обязательного медицинского страхования, через который пойдет это дополнительное финансирование, заключит отдельные договора с медицинскими учреждениями. Дополнительные срочные трудовые договоры будут заключены и с врачами, которых закрепят за участками. Участковые врачи

будут постоянно наблюдать за состоянием здоровья граждан, имеющих право на дополнительную медицинскую помощь (т.е. льготных категорий граждан), они должны будут обеспечить дополнительную диспансеризацию работающего населения и пенсионеров, и иммунизацию жителей проживающих на их участке. Одной из главных обязанностей участкового врача станет «раннее выявление» диабета, онкологических заболеваний, туберкулеза, сердечно-сосудистых болезней и болезней опорно-двигательного аппарата, т.е. всех тех социально значимых заболеваний, которые вносят самую внушительную лепту в картину общероссийской смертности. Прорыв в улучшении здоровья нации заключается в ранней диагностике и лечении [76].

Следует обратить внимание на качество работы медиков, предполагается, что наряду с количественными показателями (план осмотра льготных категорий граждан, проведения диспансеризации, первичный диспансерный учет, нагрузка на приеме в поликлинике) будут оцениваться и качественные (удельный вес вызовов скорой помощи, наличие или отсутствие жалоб пациентов).

Главное в предстоящей программе заключается в том, что заработок медицинских работников должен быть поставлен в зависимость от результатов их работы, с июля 2006 года у каждого четвертого врача республики на 7% увеличится ежемесячное жалование. Особое внимание будет уделено подготовке и переподготовке врачей общей (семейной) практики, участковых терапевтов и педиатров, к концу 2005 года переподготовку прошли уже 900 человек.

В 2006 году по-новому будет проходить и обязательная диспансеризация населения, ежегодно каждый работающий в бюджетной сфере должен будет нанести визит шести специалистам, поэтому предпринимаются попытки заинтересовать людей в своевременных визитах к врачу: для тех, кто вовремя будет проходить медосмотр, предусмотрено

предоставление лекарств с 50% скидкой. Финансирование диспансеризации предусмотрено из расчета 500 руб. на человека (для сравнения сейчас оно составляет максимум 80 руб.), финансирование диспансеризации неработающего населения будет осуществляться на паритетных началах из федерального и республиканского бюджетов. Подобные медицинские осмотры помогут выявить заболевания на ранней стадии и своевременно начать лечение. Измениться и система оказания медицинской помощи роженицам, по мнению специалистов, внедрение родовых сертификатов избавит будущих мам от изнурительных поисков «своего» врача и обеспечит им право выбора роддома по своему усмотрению.

В *медицинских кооперативах* оплата труда наемных работников определяется трудовым договором с ними, а учредители кооператива получают долю прибыли пропорционально своему паю, если иное не предусмотрено в учредительском договоре. Иначе говоря, из оборота фирмы (в руб.) вычитаются стоимость материальных затрат, заработная плата наемных работников, формируются фонды (резервный, производственного развития и другие), уплачиваются налоги, проценты по кредитам и т.п., а остаток чистой прибыли делится между учредителями.

Индивидуальный предприниматель в лице частнопрактикующего врача также получает доход по остаточному принципу, т.е. из оборота (объема платных медицинских услуг за год) вычитаются материальные затраты врача, полученных доход облагается налогом (если доход за год не превышает 10 млн. руб., то ставка налога – 12%), остаток – врачу.

2.4. Модель оценки индекса развития человеческого потенциала

В научной литературе качество жизни трактуется как совокупность условий человеческого существования, включая такие ее характеристики как уровень обеспеченности материальными благами, безопасность, доступность

медицинских услуг, возможности получения образования и развития способностей, состояние природной среды, а также социальные отношения в обществе, включая свободу мнений и возможность влияния граждан на политические решения.

В виду этого качество жизни определяется по сферам существования человека: природа, семья, работа, общественная деятельность, здоровье, учеба, свободное время. Условия, в которых осуществляется трудовая деятельность человека, принято называть качеством трудовой жизни, или условиями труда. В широком смысле к ним относятся такие характеристики как основные параметры рабочего места, производственной среды, организации и оплаты труда, а также взаимоотношений в производственных коллективах.

Наибольший вклад в формирование современных представлений о качестве жизни и о качестве трудовой жизни, в частности, внесли Э. Дюргейм, М. Вебер, Э. Мейо, А. Маслоу, Дж. Гэлбрейт.

Для научного анализа качества жизни справедливо, как нам кажется, дать следующее его толкование: качество жизни – это степень удовлетворения потребностей человека, определяемой как отношение наличных условий к соответствующим нормам, обычаям и традициям, а также к уровню личных притязаний.

Понятие качества жизни в научной литературе стало применяться с конца 70-х годов XX века, однако проблемы, связанные с содержанием этого понятия обсуждались на протяжении тысячелетий. В древности и средневековье были сформулированы основные представления о смысле жизни и природе человека. Несмотря на существенные различия конфессиональных и философских концепций, все они рассматривали умеренность в потреблении материальных благ, законопослушность, духовное совершенствование, помощь близким, как важнейшие предпосылки достойного существования.

Наиболее существенные изменения в представлениях о качестве жизни начались в Европе с конца XVIII века под влиянием первой промышленной революции, а также новых экономических и социальных идей, обусловленных развитием политической экономии, которая формировалась как наука о богатстве. Этим воззрениям соответствуют и названия классических сочинений того периода. В частности: «Книга о скудости и богатстве» И.Т. Посошков (1652-1726), «Исследование о природе и причинах богатства народов» А. Смит (1723-1790), «Трактат политической экономии, или Простое изложение способа, которым образуются, распределяются и потребляются богатства» Ж.Б. Сэй (1767-1832), «Исследование математических принципов теории богатства» А. Курно (1801-1877) и т.д.

В XX веке экономика заняла центральное место в системе социальных наук, экономический подход стал доминирующим при анализе общественных явлений. Модель «экономического человека» нобелевского лауреата Г. Беккера позволила получить ряд важных результатов в анализе рыночных отношений, однако распространение этой модели на многоаспектные социальные процессы приводит к негативным практическим результатам [6].

Ряд авторитетных ученых на большом фактическом материале доказывают пагубность сохранения сложившихся тенденций развития цивилизации и призывают к ограничению темпов экономического роста, увеличению затрат на сохранение природной среды, сокращению разрыва между бедными и богатыми странами. В частности, подчеркивается опасность ситуации, при которой жители развитых стран, составляющие менее 20% населения Земли, потребляют свыше 80% природных ресурсов и создают подавляющую часть промышленных отходов.

В 1992 г. в Рио-де-Жанейро на конференции ООН, посвященной окружающей среде и развитию, была принята концепция устойчивого

развития, согласно которой удовлетворение потребностей нынешнего поколения не должно осуществляться за счет будущих поколений.

В соответствии с изменениями идеологии менялись и показатели качества жизни. Если в 50–60-х годах прошлого столетия качество жизни оценивалось, прежде всего, исходя из величины ВВП, приходящегося на одного жителя страны, то в последующем начинает учитываться система показателей, которые характеризуют различные стороны существования человека. Во второй половине 80-х годов формируется понятие индекс развития человеческого потенциала (ИРЧП), в котором учитывается не только потребление материальных благ, но и возможности для развития человека, обеспечиваемые, в том числе системами здравоохранения и образования.

С 1990 г. публикуются данные о величинах ИРЧП по странам, входящим в ООН. В этих расчетах величины ИРЧП определяются как средние арифметические из трех показателей: ожидаемая продолжительность жизни, уровень образования, реальный душевой ВВП.

Каждый показатель (индекс) рассчитывается по формулам вида (2.3):

$$I = \frac{D_{\phi} - D_{\min}}{D_{\max} - D_{\min}}, \quad (2.3)$$

где I – индекс данного вида; D_{ϕ} – фактическое значение показателя; $D_{\min}$ – значение показателя, принятое как минимальное; $D_{\max}$ – значение показателя, принятое как максимальное.

На основе индексов здоровья и долголетия ($I_{з.д.}$), образования ($I_{обр.}$) и душевого дохода ($I_{д.}$) рассчитывается индекс развития человеческого потенциала ($I_{р.ч.п.}$):

$$I_{р.ч.п.} = \frac{I_{з.д.} + I_{обр.} + I_{д.}}{3}, \quad (2.4)$$

Данная формула является общепринятой, но, однако не выдерживает серьезной критики, т.к. три показателя имеют различные веса влияния на человеческий потенциал. С точки зрения теории управления, необходимо

придать весовые коэффициенты индексу здоровья и долголетия 3, индексам дохода и образования 2, тогда полученная формула (2.4) запишется следующим образом:

$$I_{p.ч.п.} = \frac{3I_{з.д.} + 2I_{обр} + 2I_{д.}}{7}, \quad (2.5)$$

В 1992 г. ИРЧП России был равен 0,849, что соответствовало 52 месту; в 1994 году по этому показателю Россия оказалась на 119 месте из 174 стран, для которых рассчитывался ИРЧП (0,547); в 1997 г. по этому показателю Россия была на 67 месте, в 1998 г. – на 72 месте. В 2004 г. ИРЧП России равняется 0,779, что соответствует 63 месту.

Наиболее высокие значения ИРЧП в 90-х годах были у Канады, Японии, США, Нидерландов, Финляндии, а в 2000 годах у Норвегии, США, Великобритании.

В России на оценку населением качества жизни наибольшее влияние оказывают проблемы преступности, экологии, медицинского обслуживания.

Опубликованные предложения по совершенствованию методики расчета ИРЧП направлены, прежде всего, на более объективную оценку показателя среднедушевого дохода (по величине ВВП). Роль этого показателя, которая в 60–70-х годах считалась основной при оценке качества жизни, неоднократно подвергалась критике (Гэлбрейт, Фасмер) [26].

В приведенной выше методике расчета индекса развития человеческого потенциала среднедушевой доход корректируется на условия страны, его величина ограничивается 5448 долл., хотя во многих развитых странах она существенно больше. В дальнейшем величина среднедушевого ВВП не будет учитываться как отдельный показатель качества жизни в стране. Основное внимание будет уделяться характеристикам здравоохранения, образования, безопасности, социальных отношений и природной среды.

Среднедушевой доход определяет в конечном итоге количество ресурсов природы, потребленных в среднем одним жителем страны. В

настоящее время, когда многие из природных ресурсов близки к исчерпанию, политика, направленная на увеличение среднедушевого дохода, во всех странах может привести не к улучшению, а к ухудшению качества жизни.

Это обусловлено экологическими и социальными последствиями экономического роста. Темпы загрязнения природы, увеличения социальной напряженности и преступности в несколько раз превышают темпы роста ВВП. Усугубляется пропасть между бедными и богатыми странами. За последние 30 лет, по данным ООН, доля общемирового дохода 20% беднейшего населения земного шара сократилась с 2,3 до 1,4%, тогда как доля 20% самых богатых наций выросла с 70 до 85%.

Все большая часть жителей развитых стран осознает негативные тенденции развития экономики и соответственно меняет жизненные ориентиры. Растет понимание того, что качество жизни не может определяться количеством потребленных благ.

Основной целью государственной политики в области реформирования отечественного здравоохранения является улучшение состояния здоровья населения на основе обеспечения доступности медицинской помощи путем создания правовых, экономических и организационных условий предоставления медицинских услуг. Виды, качество и объемы медицинских услуг должны быть адекватны уровню заболеваемости и потребностям населения, современному уровню развития медицинской науки, а также ресурсам, которыми располагают государство и граждане [48].

Для исследования системы здравоохранения и выявления проблем управления ею необходимо проанализировать статистические данные и определить наиболее значимые факторы, оказывающие как позитивное, так и негативное влияние на формирование, и поддержание здоровья.

Прежде чем рассматривать проблемы управления системой здравоохранения, нацеленной на восстановление и сохранение здоровья, следует определить понятие «здоровье» с позиций воздействия на него со

стороны личности, общества и социально-экономической среды. Категория «здоровье» является сложным понятием, и, рассматривается как здоровье индивидуальное и здоровье общественное [51]. Согласно формулировке Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), «индивидуальное здоровье является состоянием полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствием болезней и физических дефектов». Из этого краткого определения со всей очевидностью вытекает, что здоровье в широком, системном восприятии это не только биологическая, физиологическая, психологическая, но и экономическая и социальная категория [134].

Задача сохранения и улучшения здоровья населения в настоящее время рассматривается как приоритетная задача общественного развития. В ежегодном отчете Организации Объединенных Наций (ООН) об уровне развития отдельных стран, наряду с показателями экономического развития, и экологическими характеристиками, публикуются и показатели образования, а также параметры, характеризующие общественное здоровье (младенческая смертность, детская смертность, материнская смертность, заболеваемость различными группами болезней и т.д.). Наконец, интегральный показатель общественного развития, по которому составляется рейтинг стран мира – индекс развития человеческого потенциала (ИРЧП) – учитывает не только объемы потребления материальных благ в той или иной стране, но и возможности развития человека, обусловленные его уровнем здоровья и образования. ИРЧП рассчитывается как среднее арифметическое индекса здоровья и долголетия, индекса образования и индекса экономического развития. Для расчета индекса здоровья и долголетия основой является средняя продолжительность жизни, а для расчета индекса образования – уровень грамотности и доля учащихся среди взрослого населения. Индекс экономического развития рассчитывается на основе показателя дохода на душу населения. С 1990 г. ООН публикует данные о

величинах ИРЧП по странам. Россия по уровню ИРЧП перешла с 72-го места в 1995 г. на 63-е в 2004 г., и относится к группе стран со средним уровнем развития человеческого потенциала.

Показатели социально-экономического развития России и ряда других стран приведены в табл. 2.6.

Таблица 2.6

**Показатели социально-экономического развития России и
развитых странах мира в 2004 году [134]**

Страна	Детская смерт- ность	Младен- ческая смерт- ность	Индекс здоровья и долго- летия	Индекс обра- зования	Индекс экономи- ческого развития	ИРЧП	Рейтинг страны
Норвегия	4	4	0,9	0,99	0,95	0,944	1
США	8	7	0,86	0,97	0,97	0,937	7
Великобритания	7	6	0,88	0,99	0,92	0,930	13
Франция	6	4	0,90	0,96	0,91	0,925	17
Германия	5	4	0,88	0,96	0,92	0,921	18
Испания	6	4	0,90	0,97	0,89	0,918	19
Россия	21	18	0,69	0,93	0,71	0,779	63

Human Development Report 2004// <http://hdr.undp.org/reports/global/2004>.

Аналогичные показатели рассчитываются по регионам России для оценки уровня социально-экономического развития регионов (приложение 2).

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. По уровню дохода Республика Башкортостан занимает 9-е место (лидируют Тюменская область, города Москва, Санкт-Петербург, Томская область), по уровню здоровья и долголетия Республика Башкортостан на 15 месте (лидируют Республики Ингушетия, Дагестан и Северная Осетия). По показателю младенческой смертности среди регионов России Башкортостан занимает 26 место (лидируют г. Санкт-Петербург, Саратовская область, Республика Саха) [93,134].

Анализ приведенных показателей свидетельствует о среднем социально-экономическом состоянии Республики Башкортостан среди регионов России, судя по интегральному показателю ИРЧП, республика находится в лучшей ситуации.

Приведенные в приложении 2 данные показывают, что Россия и Республика Башкортостан по ИРЧП уступают развитым странам, однако Республика Башкортостан по сравнению с другими регионами России имеет достаточно высокий ИРЧП. В то же время показатели общественного здоровья населения России и Республики Башкортостан гораздо хуже соответствующих показателей в развитых странах мира.

Для выявления обобщающей картины, на наш взгляд, есть необходимость построить функцию, которая позволила бы определить степень влияния на индекс развития человеческого потенциала индексов здоровья и долголетия, дохода и образования. Для построения функции рассмотрим 79 регионов Российской Федерации.

Пусть 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 [11,21].

Общий вид производственной функции имеет следующий вид:

$$Y = A \times Z^{\alpha} \times D^{\beta} \times Q^{\mu}, \quad (2.5)$$

A – коэффициент масштаба объекта исследования.

Для построения производственной функции (2.5) имеем информацию представленную по 79 регионам Российской Федерации (приложение 2) по следующим параметрам Y , Z , D , Q для определения неизвестных эластичностей α , β , μ .

Прологарифмируем уравнение (2.5) с основанием натурального логарифма:

$$\ln Y = \ln A + \alpha \ln Z + \beta \ln D + \mu \ln Q, \quad (2.6)$$

Исходная информация имеет следующую структуру (табл. А и табл. В):

Табл. А

Табл.В

№	Y	Z	D	Q	lnY	lnZ	lnD	lnQ	lnA	lnY-ln A
0	Y ₀	Z ₀	D ₀	Q ₀	lnY ₀	lnZ ₀	lnD ₀	lnQ ₀	lnA	lnY ₀ -ln A
1	Y ₁	Z ₁	D ₁	Q ₁	lnY ₁	lnZ ₁	lnD ₁	lnQ ₁	lnA	lnY ₁ -ln A
2	Y ₂	Z ₂	D ₂	Q ₂	lnY ₂	lnZ ₂	lnD ₂	lnQ ₂	lnA	lnY ₂ -ln A
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	
79	Y ₇₉	Z ₇₉	D ₇₉	Q ₇₉	lnY ₇₉	lnZ ₇₉	lnD ₇₉	lnQ ₇₉	lnA	lnY ₇₉ -ln A

Примечание: параметр масштаба производства определяется из условия $\alpha = \beta = \mu = 0$; из уравнения (2.5) имеем коэффициент масштаба производства (а), который равняется среднеарифметическому значению Y, $\ln A = \ln \text{ср. ариф. Y}$.

Таким образом, для составления нормального уравнения выражение (2.6) приводится к виду (2.7):

$$\ln Y - \ln A = \alpha \ln Z + \beta \ln D + \mu \ln Q, \quad (2.7)$$

Теперь нетрудно вычислить предельные показатели отдачи от различных факторов производственной функции $Y = Y(Z, D, Q)$. Эти показатели определяются путем вычисления частных производных (2.8):

$$\frac{\partial Y}{\partial Z}, \frac{\partial Y}{\partial D}, \frac{\partial Y}{\partial Q}, \quad (2.8)$$

На основании обработки таблицы В по программе SPSS 11 определяем все коэффициенты эластичности и параметры, характеризующие достоверность статистической информации (табл.2.7–2.8).

Таблица 2.7

Матрица коэффициентов парной корреляции

	LNQ	LNZ	LND
LNQ	1	-0,108	-0,306
LNZ	-0,108	1	0,007
LND	-0,306	0,007	1

Таблица 2.8

Параметры регрессии

R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
0,996(a)	0,991	0,991	0,003842

a Predictors: (Constant), LNQ, LNZ, LND

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Regression	0,128	4	0,032	2132,486	,000(a)
Residual	0,001	74	0,000		
Total	0,129	78			

a Predictors: (Constant), LNQ, LNZ, LND

b Dependent Variable: LNY_LNA

Таблица 2.9

Коэффициенты парной корреляции

	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
(Constant)	0,295	0,004		80,658	,000
LNZ	0,322	0,008	0,453	42,060	,000
LND	0,293	0,004	0,760	67,529	,000
LNQ	0,384	0,018	0,236	20,834	,000

a Dependent Variable: LNY_LNA

По табл. 2.7 можно отметить, что между независимыми переменными Z, D, Q отсутствует мультиколлинеарность. Коэффициент коллинеарности между независимыми переменными меньше $|0,7|$.

В табл. 2.8 коэффициент детерминации $R^2=0,991$, т.е. близок к единице, что характеризует наличие тесной взаимосвязи между зависимой переменной и независимыми переменными. F-критерий Фишера говорит об адекватности полученного уравнения регрессии. Значимость статистики Фишера мала Sig F=0,000.

В табл. 2.9 t-критерий Стьюдента показывает значимость каждого рассчитываемого параметра уравнения регрессии. Значимость t-критерия должна быть меньше 0,5.

Расчетная формула для оценки степени влияния индекса развития человеческого потенциала на другие факторы здоровья населения имеет вид:

$$\ln Y = \ln A + \ln Z + \ln D + \ln Q$$

$$\ln Y - \ln A = 0,322 \ln Z + 0,293 \ln D + 0,384 \ln Q$$

$$\alpha = 0,322; \beta = 0,293; \mu = 0,384,$$

$$Y = 0,7147 \times Z^{0,322} \times D^{0,293} \times Q^{0,384}, \quad (2.9)$$

Самый высокий коэффициент эластичности составляет $\mu = 0,384$, который отражает влияние образования на индекс человеческого потенциала. Если ранжировать (по убыванию) коэффициенты эластичности, то имеем следующую картину:

- 1) $\mu = 0,384$ (фактор образования),
- 2) $\alpha = 0,322$ (фактор продолжительности жизни),
- 3) $\beta = 0,293$ (фактор средне душевого дохода).

Полученные результаты позволяют сделать следующие выводы:

Рассчитанная формула (2.9) показывает степень влияния факторов образования, продолжительности жизни и среднедушевого дохода 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 [102,137].

В заключение проведенного исследования по главе 2 можно сделать следующие выводы:

В рамках национального проекта «Здоровье» нами были выделены следующие задачи-приоритеты и соответствующие им мероприятия:

1. увеличение заработной платы и профессиональная подготовка участковых терапевтов и врачей общей практики, а также укрепление диагностической службы первичной медицинской помощи и материально-технической базы скорой медицинской помощи Республики Башкортостан.

2. иммунизация населения Республики Башкортостан в рамках национального календаря прививок, профилактика и лечение инфицированных вирусом СПИД и гепатит В, С; обследование новорожденных детей и диспансеризацию групп риска.

3. строительство в Республике Башкортостан новых Федеральных центров, подготовка высококвалифицированных врачей и среднего медицинского персонала, возможность для медработников проходить стажировку за рубежом, увеличение квот на дорогостоящую, высокотехнологичную медицинскую помощь.

Такие приоритетные мероприятия были выбраны, потому что этому способствовали следующие причины: по продолжительности жизни Россия занимает 134 место в мире, значителен уровень инвалидности и смертности. Поэтому необходим высокоэффективный проект, способный выровнять состояние здоровья путем ликвидации «провалов» в ключевых направлениях организации медицинской помощи, профилактики, иммунизации, поможет выявить и предупредить развитие многих заболеваний. Увеличение числа высоких медицинских технологий позволит значительно улучшить качество жизни людей, получивших дорогостоящую медицинскую помощь, даст импульс для развития отечественной медицинской науки и отечественной медицинской техники и возможность сохранить высококвалифицированные медицинские кадры в регионах России. Кроме того, развитие высоких медицинских технологий укрепит позицию на внутреннем и внешнем рынках медицинских услуг.

Благодаря внедрению национального проекта «Здоровья» для республики в будущем ожидаются следующие изменения:

- повысится квалификация участковых врачей (число переподготовленных специалистов за два года);
- необходимо также повысить уровень заработной платы узким специалистам, потому что разрыв в уровне заработной платы по сравнению с

участковой сетью в 5 раз меньше и в конечном итоге повышение материальной заинтересованности и квалификации узких специалистов;

– амбулаторно-поликлинические учреждения будут оснащены необходимым диагностическим оборудованием, а значит, сократятся сроки ожидания диагностических исследований, будет обеспечиваться реальная бесплатность по наиболее распространенным диагностическим исследованиям;

– жители республики смогут бесплатно иммунизироваться против гепатита, краснухи, гриппа, произойдет снижение распространенности ВИЧ-инфекции: снижение числа заразившихся на 1000 чел. в год;

– повысится внимание участковых служб к здоровым гражданам относящихся к «группам риска», особенно с целью профилактики и своевременного выявления сердечно-сосудистых заболеваний, сократятся сроки ожидания высокотехнологичной медицинской помощи, реальная бесплатность ее оказания направленным больным, будет обеспечена прозрачность очереди.

3. КОМПЛЕКСНЫЙ АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ И ОПТИМИЗАЦИЯ РАСПРЕДЕЛЕНИЯ ФИНАНСОВЫХ РЕСУРСОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БАШКОРТОСТАН

Реформирование российского здравоохранения в 90-е годы оказалось незавершенным и привело к неоднозначным результатам. Современное состояние системы финансирования здравоохранения характеризуется наличием следующих главных проблем:

- несбалансированность государственных гарантий предоставления гражданам бесплатной медицинской помощи и их финансового обеспечения;
- неудовлетворительная координация действий различных субъектов системы общественного финансирования здравоохранения;
- эклектичность сочетания элементов старой и новой систем финансирования, реализованного во множестве различающихся территориальных моделей финансирования медицинской помощи;
- отсутствие очевидных позитивных результатов от внедрения рыночных институтов в общественное финансирование здравоохранения и от деятельности новых субъектов системы финансирования, прежде всего страховых медицинских организаций;
- сохранение институциональных условий воспроизводства затратного хозяйствования на уровне медицинских организаций, отсутствие у них стимулов к повышению эффективности использования финансовых и материальных ресурсов.

Характер дальнейшего развития и способы разрешения названных проблем будут определяющими для эволюции системы финансирования здравоохранения в ближайшее десятилетие. Рассмотрим эти проблемы подробнее.

3.1. Анализ состояния здоровья населения в мировой практике и проблемы здравоохранения в Российской Федерации и Республике Башкортостан

Состояние общественного здоровья в научной литературе рассматривается через характеристику целого ряда показателей. В их перечне наиболее значимыми являются:

- демографическая ситуация;
- состояние заболеваемости населения;
- состояние санитарно-эпидемиологического благополучия населения;
- состояние сети лечебных учреждений, оказывающих медицинскую помощь, их деятельность.

Для характеристики состояния общественного здоровья используются также критерии экономического характера:

- доля расходов от валового внутреннего продукта (ВВП), направляемая на здравоохранение;
- структура данных расходов (на амбулаторную и стационарную помощь, профилактические мероприятия и др.).

Демографическая ситуация, сложившаяся в России на рубеже столетий, характеризуется следующими показателями.

С 1991 года началось снижение численности населения. К началу 2000 года численность населения снизилась на 1,9% и составляла 145,7 млн. чел.² Сокращение числа жителей отмечается в 68 регионах (из 89 территориально-административных единиц), в которых проживает 105 млн. чел. (72% населения страны). За 1999 год россиян стало меньше еще на 784,5 тыс. чел., или на 0,5%. Это самый значительный показатель ежегодного сокращения за

² Здесь и далее статистические данные приводятся по докладу министра здравоохранения Российской Федерации Ю.А. Шевченко на расширенном заседании Коллегии Министерства здравоохранения РФ «Об итогах хода реформ и задачах по развитию здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации на 2000-2004 годы и на период до 2010 года». Москва, 15 марта 2000 года.

весь период процесса депопуляции³, т.е. с 1992 года. Суммарно за 8 лет население страны уменьшилось на 2,8 млн., или почти на 2%. Депопуляция (сокращение численности населения в национальных масштабах), обусловленная снижением рождаемости и ростом смертности, становится одной из главных проблем России в 90-е годы XX века. С 1986 по 1998 год рождаемость снизилась практически вдвое, а смертность возросла в 1,4 раза. Показатель естественного прироста населения, державшийся в 1986 году на уровне + 6,8, в 1994 году был уже резко отрицательным и составлял -6,1. В 1999 году смертность населения составила 14,7, рождаемость – 8,4, естественная убыль составила 6,3 на 1000 населения.

К началу 2000 года структура населения России претерпела изменения. Доля детей уменьшилась до 19%, а доля лиц старше трудоспособного возраста увеличилась до 20,9%. Число лиц 70 лет и старше увеличилось на 2,3 млн. и составила в 1998 году 11,8 млн. (8,1% всего населения). Отмечающееся старение населения – значимый фактор, влияющий на объем потребления медицинской помощи, поскольку на долю лиц пожилого возраста приходится в 3,5 раза больше амбулаторно-поликлинических посещений и дней госпитализации [27].

Динамика численности населения трудоспособного возраста в 1991–1998 годах имела тенденцию к росту и составляла соответственно 83,8 и 84,8 млн. чел. Однако в первую очередь это связано с миграционным притоком в страну, который в значительной степени и смягчил негативное воздействие на численность и структуру работоспособного населения в сложнейшей медико-демографической ситуации последних лет.

В оценках демографической ситуации, складывающейся в России, не следует пренебрегать и тем фактом, что с середины 90-х годов наблюдались неблагоприятные факторы некоторых неуправляемых долговременных процессов, среди которых можно выделить начало

³ Депопуляция – это ситуация, когда каждое последующее поколение не воспроизводит предыдущее. Ситуация, растянутая во времени, при которой могут иметь место небольшой рост населения и небольшая убыль населения, часто компенсируемая миграционным приростом [129].

перестройки, а также отдаленные последствия Второй мировой войны и как следствие негативные последствия воспроизводства населения.

Анализ возрастно-половой пирамиды населения показывает, что в середине 90-х годов не родились те дети, чьи прабабушки и прадедушки погибли в годы Второй мировой войны.

Общая смертность населения составляла (на 100 тыс. населения):

- в 1990 году 1119,6 чел.;
- в 1994 году достигла максимума – 1566,9 чел. (рост к 1990 г. – 40%);
- к началу 1999 года снизилась до 1364,5 чел. (снижение к 1994 г. – 12,9%), однако данные за 1999 год свидетельствуют о росте смертности, как от отдельных причин, так и по определяющим эти причины классам (1466,4 чел.; рост к 1998 г. – 6,95%).

случаев на 1000

человек

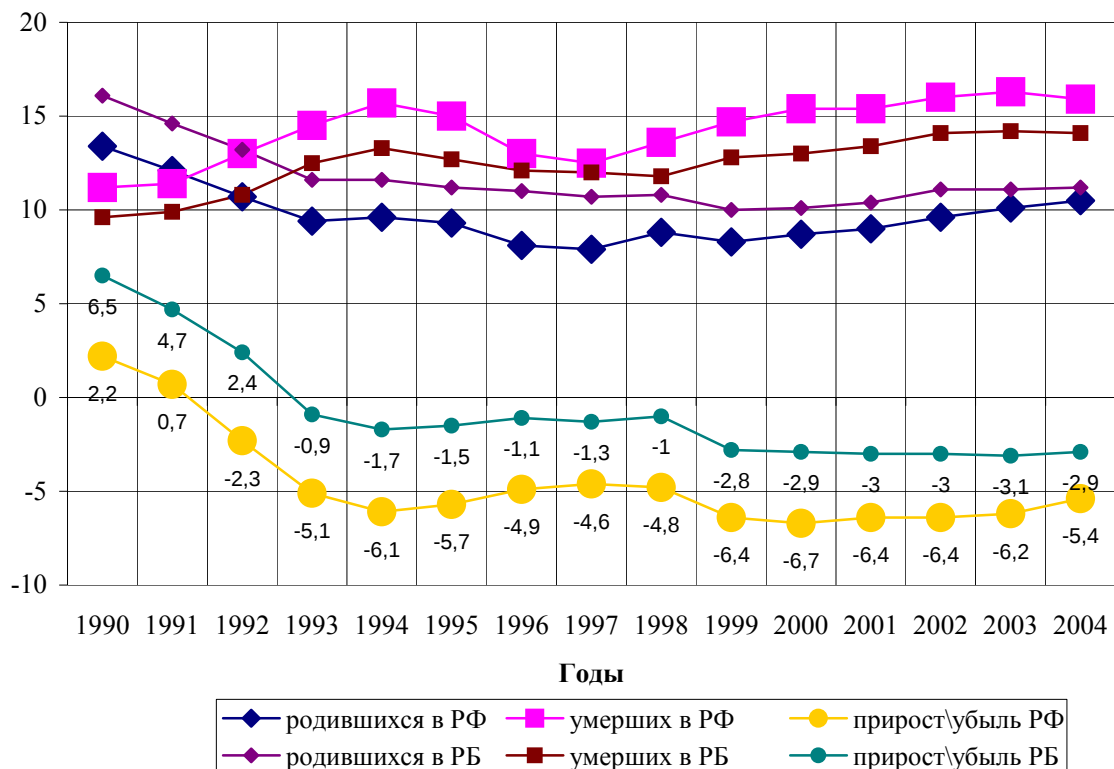


Рис 6. Демографические показатели по Российской Федерации и Республике Башкортостан

• в 2000 году смертность на 1000 чел. населения составила 15,4, рождаемость – 8,7, естественный прирост отрицательный – -6,7; в 2001–15,4;9,0; -6,4 соответственно; в 2002 – 16,0;9,6;-6,4; в 2003 – 16,3;10,1; -6,2; в 2004 – 15,9;10,5;-5,4.

Данные, представленные на рис. 6 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. 3.1).

Таблица 3.1

**Демографические показатели по Российской Федерации и
Республике Башкортостан (на 1000 чел. населения) за 1980-2004
годы [112, с. 10; 36, с. 95]**

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

Продолжение табл. 3.1

1	2	3	4	5	6	7
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

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.

Определяющими тенденциями в Республике Башкортостан в последние годы являлись превышение смертности над рождаемостью и снижение миграционной активности населения. До 1999 года численность населения в республике возрастала за счет увеличения миграционного прироста. Этот прирост компенсировал естественную убыль населения, наметившуюся с 1993 года. Но уже с 2000 года заметное увеличение естественной убыли (превышение смертности над рождаемостью) и уменьшение миграционного прироста привело к сокращению численности населения республики. На начало 2005 года расчетная численность постоянного населения республики составила 4091 тыс. чел., сократившись за прошлый год почти на 11 тыс. чел.

В 2001 году наблюдается определенный рост рождаемости, однако естественная убыль населения в расчете на 1000 населения превысила уровень 2000 года. Число родившихся возросло по сравнению с 2000 годом на 2,8% и составило 42,8 тыс. чел. Число умерших увеличилось на 2,7% и

составило в 2001 году 55,0 тыс. чел. В результате количество умерших превышает количество родившихся в 1,3 раза. По-прежнему высокой остается доля умерших от болезней системы кровообращения (более 50%), несчастных случаев, отравлений и травм (свыше 14%), злокачественных и доброкачественных новообразований (более 11%).

В 2001 году уровень детской смертности до 1 года по сравнению с 2000 годом снизился на 82 чел. (13,6%) и составил 523. В структуре причин смерти младенцев преобладают состояния, возникающие в перинатальный период (от 28 недель беременности, включая роды, и первые семь дней жизни ребенка), болезни органов дыхания и врожденные аномалии, т.е. заболевания, тесно связанные со здоровьем матери.

Естественная убыль населения сохранилась в 15 городах и 48 районах, где проживает более 80% населения республики. Естественная убыль является с 1993 года основным фактором сокращения численности населения республики. С 1999 года наблюдается заметный рост естественной убыли населения. Она возросла с 4 тыс. в 1998 году до 12,2 тыс. чел. в 2001-м году. Это обусловлено устойчивой тенденцией увеличения числа умерших при относительно небольшом росте рождаемости [23].

Демографические показатели в последние годы по РБ находятся на относительно благоприятном уровне по сравнению с регионами Приволжского федерального округа и Российской Федерации в целом. В 2000 году по коэффициенту рождаемости Республика Башкортостан занимала 1-е место в Приволжском федеральном округе и 14-е в Российской Федерации (после республик Северного Кавказа, Республики Якутия и Тюменской области), а по коэффициенту смертности – соответственно 1-е и 17-е (первые места занимают территории, имеющие наименьшую смертность). В структуре причин смерти являются болезни системы кровообращения (доля умерших в 1999 г. – 55,0%). На втором месте – злокачественные образования (доля умерших – 14,7 %), а на третьем –

травмы и отравления (доля умерших 13,8 %), однако в 1993- 1996 годах травмы и отравления как причины смерти занимали второе место.

В 1999 – 2002 годах вновь наблюдается рост смертности от стрессогенно-обусловленных причин, в том числе по причине гипертонической болезни – в 1,7 раза, ишемической болезни сердца – на 8,5%. Смертность от транспортных происшествий выросла на 12,3%, самоубийств – 10,5%, убийств – 12,6% [13, с.10-11].

Особую обеспокоенность вызывает рост смертности от туберкулеза, за период с 1990 по 2000 год смертность от туберкулеза возросла с 7,9 до 20,0 на 100 тыс. населения. Еще одним фактом российской действительности в 90-х годах стала высокая смертность среди трудоспособного населения. За десять лет она выросла более чем на 100 тыс. чел. и составила свыше 520 тыс. чел. в год [27, с.6]. Особое значение приобретает проблема сверхсмертности мужчин. Это сформировало беспрецедентный – более чем в 10 лет – разрыв в средней продолжительности жизни между мужчинами и женщинами.

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 2002 – 12,7; в 2003 – 12,8.

Произошли изменения уровня смертности в Российской Федерации в период с 1993 по 2000 год, первоначальный пик был определен в 1994 году (15,7 случаев на 1000 чел.), затем снижение в 1997 году до 12,5% и новый пик к 2000 году – 15,4%. В Республике Башкортостан наблюдается аналогичная ситуация – первоначальный пик смертности был определен в

1994 году (13,3 случаев на 1000 чел.), затем снижение в 1998 году до 11,8% и новый пик к 2003 году – 14,2%. Это подтверждает отсутствие управляемости факторами, определяющими уровень смертности населения.

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.

Все вышеизложенное более подробно представлено в приложении 4.

Одним из демографических показателей, характеризующих социально-экономическое положение в стране, является показатель ожидаемой продолжительности жизни. Ожидаемая *продолжительность жизни (лет)* составляла в Российской Федерации в 1998 году 72,2 года у женщин, 59,8 года у мужчин; (1999г. – 72,9;61,3; 2000г. – 72,2;59,0; 2001г. – 72,3;59,0; 2002г. – 72,0;58,5; 2003г. – 72,0;58,8) года соответственно [18,135].

Широкий характер реформ в области здравоохранения говорит о том, что они вызваны к жизни глубинными тенденциями в гражданском обществе, распространяющимися через государственные границы. Важную роль в этой области играют две широкие *группы факторов*.

Первая группа обусловлена тем, что различные силы, действующие извне сектора здравоохранения, влияют на базовую структуру, в рамках которой вырабатывается политика в области здравоохранения. Во многих случаях реформы здравоохранения являются не изолированным явлением, а составной частью более широких структурных усилий по реформированию различных государственных программ в области социального обеспечения и других социальных сферах. На процесс реформ влияют политические, социальные, исторические, культурные и экономические факторы, всю

совокупность которых необходимо учитывать для понимания контекста, определяющего необходимость реформ.

Вторая группа факторов связана с существующими проблемами, касающимися состояния здоровья населения и сектора здравоохранения. К ним относятся специфические угрозы для здоровья населения Европы, их последствия для моделей медицинского обслуживания, востребованных обществом, обострение трудностей с финансированием здравоохранения, ряд организационных и структурных проблем.

Рассмотрим социально-демографические факторы, которые влияют на способность системы здравоохранения к будущим преобразованиям. Эти внешние факторы включают в себя:

1. старение населения;
2. технический прогресс;
3. ожидания населения и пациентов;
4. требования политического момента;
5. стратегии корпоративного управления.

1. Важной тенденцией в Европе и в мире представляется дальнейшее старение населения. Доля людей старше 65 лет, и особенно весьма престарелых, будет по-прежнему расти. Хотя использование пожилыми людьми медицинских услуг варьируется в зависимости от страны и группы населения, правительства озабочены тем, что все большему числу этих граждан будет требоваться медицинская помощь, и что общий уровень расходов будет расти.

2. В последнее десятилетие ускорилось внедрение инвазивных и неинвазивных клинических инноваций. В силу факторов безопасности, эффективности, качества обслуживания и престижа, а также удовлетворения пациентов к поставщикам медицинских услуг предъявляются все более жесткие требования относительно применения новейших методов лечения. Даже если эти методы являются менее дорогостоящими (например, лапароскопическая хирургия или визуализация сердца), они, как правило

требуют значительных капитальных затрат на новое оборудование и модернизацию технической базы, а иногда и повышения эксплуатационных расходов в связи с наймом дополнительного персонала. Прогресс в области информатики также требует капиталовложений в аппаратные средства и подготовку кадров, особенно если рыночная конкуренция побуждает покупателей и поставщиков устанавливать свои цены на услуги.

3. Население всех стран Европы требует большего учета интересов пациентов в подходе к медицинскому обслуживанию. В Западной Европе набирает силу движение в защиту прав пациентов Правительства стран с бюджетной системой финансирования здравоохранения испытывающих на себе давление общественности, требующей сократить время ожидания в очереди на прием и устранить другие препятствия, связанные с расписанием работы медицинских учреждений. От медицинских работников ждут также предоставления более высококачественных услуг, отвечающих международным стандартам. В странах ЦВЕ и СНГ пациенты решительно заявляют о необходимости свободного выбора услуг, повышения их качества, нередко подкрепляя эти требования прямыми расчетами наличными за медицинское обслуживание.

4. Политики пытаются выбрать направления реформ, соответствующее их общим идеологическим лозунгам и вписывающееся в избирательную кампанию. В прошлом в странах Восточной и Западной Европы политические решения нередко принимались, исходя из этих требований.

5. Начиная с 80-х годов, решения о реформировании сектора здравоохранения принимались с учетом последних достижений теории управления частными корпорациями. Такие стратегии, как децентрализация предпринимательских подразделений, внешний подряд и переоснащение – все эти подходы выравнивают традиционную иерархию и создают групповую систему менеджмента – оказали влияние на архитектуру реформ сектора здравоохранения в 90-е годы [110].

Для целей обзора динамики состояния здоровья населения в Европе, европейский регион Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) рассматривается в ракурсе трех основных блоков: страны Европейского союза (ЕС), страны Центральной Восточной Европы (ЦВЕ) и новые независимые государства (ННГ) бывшего СССР⁴. Однако важно иметь в виду, что хотя в структуре заболеваемости в различных районах Европы наблюдаются общие тенденции, использование суммарных данных неизбежно затуманит весьма сложную картину, наблюдаемую как в самих странах, так и между ними [132].

Если начать с общих тенденций смертности, то бросается в глаза значительное расхождение в *продолжительности жизни* между этими тремя частями региона.

В период с 1980 по 1994 год общая продолжительность жизни мужчин в странах ЕС возросла на 3,1 года – с 70,7 до 73,8; женщин на 3,2 года – с 77,4 до 80,6. С другой стороны, в странах ЦВЕ этот показатель для мужчин возрос всего лишь на 0,6 года – с без того низкого уровня 66,7 до 67,3 года; рост продолжительности жизни женщин составил 1,8 года – с 73,5 до 75,3 года. Особую тревогу вызывает положение в ННГ, где общая продолжительность жизни фактически упала: среди мужчин на 1,6 года – с 62,2 до 60,6 года, женщин на 0,6 года – 72,5 до 71,9.

Эти суммарные показатели скрывают значительные национальные различия. Например, ожидаемая продолжительность жизни в целом выше в странах, находящихся в южной части каждого из регионов. Кроме того, даже в некоторых странах Западной Европы (например, в Дании) отмечается весьма незначительный рост ожидаемой продолжительности жизни за этот период, тогда как быстрый рост в Испании в предыдущие годы замедлился после 1981 года. Среди стран ЦВЕ (Чешская Республика и Польша) в

⁴ Данные, приведенные ниже взяты из базы данных Регионального бюро «Здоровье для всех», в которой статистическая информация по странам СНГ и государствам Балтии объединена для выведения суммарного показателя по новым независимым государствам (ННГ), возникшим на пространстве бывшего СССР. Эту базу данных можно просмотреть войдя во Всемирную сеть по адресу: [http:// www.who.dk/ country.htm](http://www.who.dk/country.htm).

последнее время произошли обратные изменения долгосрочных ухудшающих тенденций в продолжительности жизни, тогда как в Венгрии этого не наблюдается.

В Российской Федерации, относящейся к ННГ, произошло особенно серьезное падение общей ожидаемой продолжительности жизни мужчин, где с 1986 по 1994 год этот показатель снизился на 7 лет. После 1985 года в ННГ зафиксировано резкое увеличение ожидаемой продолжительности жизни в основном благодаря кампании по борьбе с алкоголизмом того времени. Впоследствии произошли обратные изменения этой тенденции (табл. 3.2).

Таблица 3.2

**Сводные показатели достижения здоровья для всех по
государствам-членам Европейского региона ВОЗ в 2000 году***

№ п/п	Показатель	Государство-член						
		Германия	Испания	Польша	Российс- кая Федера- ция	Соединен- ное Короле- вство	Франция	Чешская Респуб- лика
	Ожидаемая продолжительность жизни (ОПЖ) (лет)							
1.	всего	69,4	68,7	61,8	55,5	69,9	70,7	65,6
2.	мужчин	67,4	70,6	59,3	50,3	68,3	68,5	62,9
3.	женщин	71,5	72,5	64,3	60,6	71,4	72,9	68,3
	ОПЖ (годы) по данным моделирования ^а							
4.	мужчин	75,4	76,0	71,7	66,2	60,4	69,8	76,7
5.	женщин	80,8	82,4	79,3	73,5	64,7	77,7	82,5
	ОПЖ по традиционному методу расчета ^б							
6.	всего	78,3	79,1	75,5	71,2	71,8	73,0	79,5
7.	мужчин	75,8	75,8	71,9	67,8	69,8	69,1	76,4
8.	женщин	80,8	82,2	79,1	74,8	73,8	76,7	82,3

* Источники данных. Графы 1-5: Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2000г.; графы 6-8: Базы данных по достижению здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ. Колонки 1-5: Доклад о здравоохранении в мире, 2001г.; колонки 6-8: Базы данных «Здоровье для всех», Европейское региональное бюро ВОЗ. ^a Наилучшая возможная оценка ВОЗ таблицы вероятности дожития по каждой стране с использованием специально разработанной системы образцовой таблицы вероятности дожития.

⁶ Подсчитано на основе официальных данных о народонаселении и смертности (метод Вислера).

Сердечно-сосудистые заболевания занимают важное место в любом рейтинге главных опасностей для здоровья населения Европы. Они являются причиной половины всех смертельных исходов и трети всех случаев полной утраты трудоспособности, и поэтому на них приходится значительная часть всех расходов на здравоохранение. Коэффициенты смертности в регионе колеблются в широких пределах и, как и в случае ожидаемой продолжительности жизни, тенденции имеют разнонаправленный характер. Здесь также отмечаются значительные различия в коэффициентах смертности между мужчинами и женщинами. Это отчасти объясняется защитной функцией женского организма и меньшим распространением табакокурения среди женщин во многих странах. В 1981-1993 годах в странах ЕС половозрастной коэффициент смертности от ишемической болезни сердца для мужчин в возрасте от 0 до 64 лет снизился с 77,2 до 52,0 на 100 000 чел. Отмечался также спад смертности женщин – с 16,8 до 12,2. Однако в странах ЦВЕ этот показатель для мужчин возрос с 86,2 в 1981 году до 106,9 в 1993 году, а среди женщин он увеличился несколько меньше – с 22,2 до 27,8 на 100 000 чел. Как и в случае ожидаемой продолжительности жизни ситуация в ННГ значительно хуже, поскольку смертность среди мужчин возросла со 153,9 на 1000 чел. в 1981 году до 215,2 в 1993 году; соответствующие показатели для женщин составляют 47,1 и 62,6.

Таким образом, в этой возрастной группе коэффициент смертности граждан ННГ от ишемической болезни сердца сейчас в 4-5 раз выше, чем в ЕС. На сердечно-сосудистые заболевания приходится примерно половина разницы в продолжительности жизни между Восточной и Западной Европой [132].

Рак является второй важнейшей причиной смерти в европейском регионе, так как на него приходится 20% всех смертельных исходов. Многочисленные разновидности рака и соответствующие различия в факторах риска означают, что тенденции в рамках каждой разновидности варьируются в широких пределах. Многие виды рака связаны с образом жизни и, следовательно, в определенной мере поддаются профилактике, хотя генетическая предрасположенность некоторых лиц подвергает их большему риску, чем других. Роль образа жизни наиболее наглядно просматривается на примере табакокурения, оно является важной причиной широкого распространения рака не только легких, но и ряда других органов. Другие аспекты образа жизни также имеют большое значение. Главной причиной рака в Европе является табакокурение. Уровень распространения рака легких является предупреждением для несовершеннолетних курильщиков, в странах ЦВЕ и ННГ (Российская Федерация) агрессивная маркетинговая политика табачных компаний ведет к серьезным последствиям для здравоохранения в будущем.

Как и в случае, сердечно-сосудистых заболеваний, здесь наблюдается значительный разброс между различными частями европейского региона, а также между мужчинами и женщинами. Во всех частях региона коэффициенты смертности женщин значительно ниже, чем мужчин, что говорит о том, что женщины несколько позднее приобщаются к активному курению. Здесь данные неизбежно варьируются по национальному признаку, что отчасти является следствием культурных различий, а разница между полами в некоторых странах, как, например, в Дании быстро сокращается.

В целом с 1981 по 1993 годы в ЕС наблюдалось незначительное снижение коэффициента смертности от рака легких среди мужчин в возрасте до 64 лет: с 34,1 до 32,2 на 100 000 чел. С другой стороны, коэффициенты смертности несколько увеличились среди женщин: с 5,7 до 6,7 на 100 000 чел. Значительно больший рост произошел в странах ЦВЕ: с 41,3 до 53,4 на 100 000 чел. среди мужчин и с 5,5 до 8,2 на 100 000 чел. среди женщин.

Аналогичное распределение наблюдается среди мужчин в ННГ, где произошло увеличение с 46,2 до 50,0 на 100 000 чел., хотя здесь отмечен незначительный спад среди женщин: с 5,1 до 4,8 на 100 000 чел.

Внешние причины смерти, например несчастные случаи, убийства и самоубийства, стоят в европейском регионе на третьем месте и являются вторым по значению фактором, влияющим на разрыв в ожидаемой при рождении продолжительности жизни между Восточной и Западной Европой. Смертность по этим причинам особенно широко распространена среди 30- и 40-летних взрослых. Смертность по этим причинам резко возросла в ННГ (в частности в Российской Федерации) в результате роста насилия, ослабления по сравнению с прошлыми годами контроля за применением техники безопасности и усиления психологического стресса, что, в свою очередь, ведет к повышению уровня потребления алкоголя. Половозрастной коэффициент смертности, включающий все возрастные группы этого контингента, понизился в ЕС с 56,9 на 100 000 чел. в 1981 году до 46,6 в 1993 году. В странах ЦВЕ он вырос лишь незначительно, но рост происходит уже с высокого уровня, т.е. с 76,4 до 80,2 на 100 000 чел. За этот же период более значительный рост произошел в ННГ, где отсчет также начинается с высокого уровня, а именно: со 130,7 до 164 на 100 000 чел.

Из вышеизложенного можно сделать вывод, что состояние здоровья населения во многих странах ЦВЕ и ННГ значительно ухудшилось. Хотя некоторые причины такой ситуации, например образ жизни, те же, что и на Западе, по размаху они совершенно несопоставимы. Изменения такого масштаба влекут за собой значительные последствия для системы медицинского обслуживания и структуры распространения заболеваний. В странах ЦВЕ и ННГ еще продолжаются споры о причинах их неспособности достигнуть такого же роста продолжительности жизни, что в Западной Европе [28]. Эти споры выявили ряд серьезных проблем. Высокие в целом уровни сердечно-сосудистых заболеваний в странах ЦВЕ и в ННГ в наибольшей степени способствуют различиям в продолжительности жизни

между Востоком и Западом, за ними следуют внешние причины смерти и заболевания дыхательных путей (табл. 3.3).

Таблица 3.3

Факторы, способствующие увеличению разрыва между показателями ожидаемой продолжительности жизни в странах ЦВЕ и СНГ и в странах Западной Европы**

Причина смерти	Дополнительная ожидаемая продолжительность жизни в странах ЦВЕ и СНГ и в странах Западной Европы				
	< 1 года	1-34 года	35-64 года	≥ 65 лет	Все возрастные группы
Инфекционные и паразитарные заболевания	0,3	0,1	0,08	-0,01	0,47
Рак	0	0,05	0,25	-0,35	-0,05
Сердечно-сосудистые заболевания	0	0,07	1,36	1,85	3,28
Респираторные заболевания	0,68	0,2	0,15	-0,5	0,97
Желудочно-кишечные заболевания	0,02	0,03	0,08	-0,04	0,09
Внешние причины	0,04	0,64	0,71	0,03	1,41
Неустановленные обстоятельства	-0,1	0,01	0,04	0,18	0,12
Другие заболевания	0	0	-0,02	-0,2	-0,22
Все причины	0,93	1,09	2,63	1,4	6,06

**Источники данных: Базы данных «Здоровье для всех», Европейское региональное бюро ВОЗ.

Однако сосредоточение внимания на конкретных заболеваниях может привести к тому, что выпадут из поля зрения некоторые основополагающие факторы. В Западной Европе на протяжении длительного времени обсуждается вопрос о том, можно ли полностью объяснить ухудшение состояния здоровья бедных слоев населения более сильным влиянием на них факторов риска или же этому способствуют их социальное положение и социально-экономический статус. В настоящее время имеются доказательства того, что *социальные факторы* играют важную роль (табл. 3.4).

**Основные социально-экономические показатели и показатели
здоровья для всех по государствам-членам Европейского региона ВОЗ в
2001 году*****

№ п/п	Показатель	Государство-член						
		Герма- ния	Испа- ния	Польша	Российс- кая Федера- ция	Соединен- ное Короле- вство	Фран- ция	Чешс- кая респуб- лика
1.	Примерная среднегодовая численность населения на 2001 год	82008000	39920000	38577000	144664000	59541000	59453000	10260000
2.	ВВП на душу населения (ППС в долл. США)	24951	19263	9305	7473	24135	23827	14012
3.	Неравномерное распределение доходов (индекс Джини)	30,0	32,5	31,6	48,7	36,1	32,7	25,4
4.	Доля безработных (%)	9,70	15,90	13,00	13,40	6,00	11,20	9,00
5.	Общие расходы на здравоохранение (в % от ВВП)	10,50	7,00	6,20	2,90	6,90	9,40	7,30
6.	Черта бедности (50% от среднего уровня доходов 1987-1997 гг.)	7,5	10,1	-	-	13,4	8,0	-
7.	Черта бедности (доля насел. < 4 дол. США/день 1993-1995 гг.)	-	-	20,0	50,0	-	-	0,8

*** Источники данных. Графы 1-2, 4-5, 9: Базы данных по достижению здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ, январь 2002г.; графы 3, 6-7: Доклад ПРООН о развитии человеческого потенциала, 2001г.

Проведенное исследование правительством Великобритании, цель которого заключалась в наблюдении за состоянием здоровья государственных служащих в течение длительного периода времени [9] показало, что коэффициенты смертности среди государственных чиновников низших звеньев выше и это явление наблюдается на всех уровнях занятости. Кроме того, эти более высокие коэффициенты смертности можно лишь частично объяснить действием известных факторов риска, таких как рацион питания и табакокурения. Различия в благосостоянии также являются важными факторами, определяющими различия в коэффициентах смертности

между странами и внутри них. Боязнь остаться без работы и чувство незащищенности, которое люди при этом испытывают, также являются важными факторами, ведущими к ухудшению здоровья. Хотя в странах ЦВЕ и ННГ (в частности Российской Федерации) пока еще проведено мало исследований этого вопроса, имеются доказательства того, что наибольшее воздействие эти отрицательные факторы оказывают на маргиналов и лиц, живущих в относительной бедности, например разведенных мужчин и что большую роль в повышении коэффициентов смертности играет стресс [29].

Обобщив вышеизложенное можно прийти к *заключительному выводу*, что картина заболеваемости в Европе имеет ряд последствий для реформы сектора здравоохранения:

1. Службы здравоохранения могут лишь в относительно ограниченной степени влиять на основные причины заболеваемости в европейском регионе. Состояние здоровья населения в значительной степени предопределяется взаимодействием четырех взаимосвязанных факторов: генетическая предрасположенность, поведение и образ жизни, социально-экономический статус и состояние окружающей среды.

2. Прошедшие реформу здравоохранения должны включать механизм борьбы с основными рисками для здоровья. В частности, необходимо создать сильные государственные системы здравоохранения, способные отслеживать тенденции заболеваемости и поддерживать разработку комплексных программ борьбы с ними.

3. По мере изменения картины заболеваемости с течением времени службы здравоохранения должны будут реагировать на эти изменения, не замыкаясь в тех структурах, которые существовали тогда, когда картина заболеваемости была совершенно иной [133].

Как уже было отмечено, продолжительность жизни населения является одним из основных показателей, определяющих уровень социального и экономического развития общества. Экономическая нестабильность во многом обусловила снижение продолжительности жизни. Так, с 1991 по 1994

год ожидаемая продолжительность жизни снизилась в России с 70 до 66,8 года.

Впоследствии, по мере стабилизации социально-экономического положения в республике, данная ситуация несколько нормализовалась. В целом по Республике Башкортостан ожидаемая продолжительность жизни при рождении, как у мужчин, так и у женщин несколько выше, чем в Российской Федерации (2000 г. – 66,8; 2001 г. – 66,1; 2003 г. – 66,4) [20]. В РФ ожидаемая продолжительность жизни по данным Федеральной службы государственной статистики составляла (2000-2001 гг. – 65,3; 2002 г. – 64,8; 2003 г. – 65,1) [135].

Анализ демографической ситуации, сложившейся в России к концу 90-х годов свидетельствует о том, что существование негативных тенденций в её развитии существенно влияет на систему российского здравоохранения [30].

Другой значимый показатель состояния общественного здоровья – заболеваемость населения [13, с.13-19]. За период с 1992 по 1998 годы общая заболеваемость взрослого населения возросла на 11,1 %, подростков – 38,7, детей – 23,9%.

В структуре общей заболеваемости первое место занимают болезни органов дыхания, затем системы кровообращения, нервной системы и органов чувств, органов пищеварения, костно-мышечной и соединительной ткани.

Зарегистрировано больных с диагнозом, установленном впервые в жизни на 1000 населения в 1990 году (651,2 чел.), а в 1999 году (710,0 чел.), темп роста составил 109,0%.

Функционирование системы обязательного медицинского страхования показало хорошие результаты в осуществлении предупредительных мероприятий в отношении заболеваний, имеющих значительное и длительное распространение, но не смогла перестроиться на развитие

превентивных мер к интенсивно распространяющимся болезням современной цивилизации.

Характеризуя заболеваемость, следует говорить о процессах хронизации, комплексности патологических состояний. С одной стороны, это следствие долговременных закономерностей, действующих на уровне естественнотехнических, неуправляемых тенденций, с соответствующей реструктуризацией заболеваний, а с другой – результат снижения обращаемости населения, прежде всего трудоспособного, за медицинской помощью. Такая реструктуризация патологии ведет к необходимости применения новых специализированных средств и методов лечения и профилактики и, как следствие этого, к повышению ресурсоемкости, стоимости лечебно-реабилитационных и других медицинских услуг. А это создает дополнительные трудности для функционирования и финансирования системы лечебно-профилактической помощи.

В последние годы происходит существенный рост первичной заболеваемости населения инсулиннезависимым и инсулинозависимым диабетом, что ведет к высокой степени накопления таких больных в популяции.

В целом распространенность заболеваний свидетельствует о том, что в среднем хроническое заболевание имеет каждый взрослый житель страны, а каждый ребенок имеет 1,5 заболевания (приложение 5).

Особое внимание в последнее десятилетие привлекает распространение наркомании и токсикомании. Данный вид социальной девиации особо опасен из-за того, что находит широкое распространение среди подростков. Реальное распространение наркомании среди населения России достаточно сильно отличается от фактически зарегистрированных данных.

В настоящее время имеется выраженная тенденция к росту общей заболеваемости среди подростков по всем классам болезней, особенно по заболеваниям костно-мышечной системы, эндокринной системы, болезней крови и кроветворных органов, новообразований и врожденных аномалий развития.

В 1987 году в России был выявлен первый больной СПИДом. В 1999 году зарегистрировано уже 15 936 ВИЧ-инфицированных, что в три раза больше, чем в 1998 году и число их постоянно растет.

Анализ статистических показателей, характеризующих заболеваемость населения, позволяет утверждать, что к концу XX столетия Россия оказалась далеко в стороне от показателей здоровья населения, характерных для экономически развитых стран.

Влияние санитарно-эпидемиологического состояния на благополучие населения обусловлено тем, что более двух третей населения России живет в условиях загрязнения атмосферного воздуха, некачественной питьевой воды, необратимых процессов деградации природной среды. Налицо очевидное влияние неблагоприятных условий обитания на состояние здоровья большинства населения России. Такая ситуация усугубляет и без того достаточно напряженную обстановку, связанную с уровнем заболеваемости и смертности населения Российской Федерации.

Еще одним фактором, влияющим на общественное здоровье, является состояние ресурсов здравоохранения – сети лечебных учреждений и их деятельность.

Согласно последнему варианту номенклатуры учреждений здравоохранения, утвержденному в июне 2001 года, в стране насчитывается 135 типов учреждений здравоохранения, в том числе 47 больничных, 35 амбулаторно-поликлинических, 24 типа специализированных больниц и больничных центров, 10 – санаторно-курортных учреждений. Многие из них дублируют друг друга в своих функциях, кроме того, для каждого требуются ведомственные инструкции и специальные документы, особые формы отчетности и учета и т.п. Не считая того, что при целом ряде министерств и ведомств (около 20) существуют свои медицинские подразделения – «миниминздравы», действующие автономно. Реструктуризация, которая сопровождается сокращением коечного фонда, в последнее время характерна для большинства развитых стран. Для России она была бы особенно

актуальна. Однако проведение такой реструктуризации обсуждается мало, так как потребует крупных инвестиций в техническое перевооружение больничных учреждений [68,119].

В системе Минздрава РФ по состоянию на 01.12.2004 года находится 18 тыс. лечебно-профилактических учреждений на 1,6 млн. коек, в том числе 8862 больницы, 1532 специализированных диспансера, 6306 самостоятельных поликлиник. В отрасли функционирует 210 самостоятельных станций переливания крови, 3172 станций скорой медицинской помощи, 43362 фельдшерско-акушерских пункта, 54 специализированных яслей-сада на 3720 мест и 254 дома ребенка на 22030 мест. Основные показатели здравоохранения Республики Башкортостан в 2003 году характеризуются следующими показателями, представленными в приложении 5. В отрасли функционируют 302 больничных учреждений всех ведомств с числом коек 41,9 тыс., 2250 фельдшерско-акушерских пункта, 162 учреждения имеющих женские консультации, 221 учреждений имеющих детские поликлиники и амбулатории (приложение 6).

В учреждениях Минздрава России работают более 3 млн. чел., в том числе 2 млн. врачей, медицинских сестер и фармацевтов. Обеспеченность населения койками круглосуточного пребывания в 2004 году составляла 10,9 на 1000 чел. (1998г.– 11,8; 2000г.– 10,8). В учреждениях здравоохранения всех ведомств РБ работают 17000 врачей и 46300 среднего медицинского персонала всех специальностей. Обеспеченность населения больничными койками в 2003 году составляла 102,3 на 100000 человек (1998г.– 127,6; 2000г.– 120,9) – см. приложение 6.

Подобные медико-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). По мнению Всемирной организации здравоохранения, доля ВВП, выделяемая на финансирование здравоохранения, должна составлять не менее 7-12%.

3. Медицинские: смертность (сердечно-сосудистые заболевания, новообразования, травмы); смертность в трудоспособном возрасте (травмы, сердечно-сосудистые заболевания, новообразования); рост инфекционных заболеваний. Заболеваемость новорожденных (рост за 10 лет в 3,7 раза); здоровье школьников (40% от числа осмотренных - с хроническими заболеваниями, 50% – с морфо-функциональными отклонениями (предболезнь), 10% – подростки, которых можно назвать здоровыми); школьниц-подростков (частота хронических заболеваний у школьниц в 60-е годы – 40%, в 80-е – у 44%, в 90-е – у 75%); рост средних показателей заболеваемости туберкулезом; рост венерических заболеваний; рост ВИЧ-инфекции и наркомании; алкоголизм.

4. Организационно-управленческие проблемы: определение объемов и способов финансирования бесплатной медицинской помощи; восстановление разумной вертикали управления системой здравоохранения. Формирование государственного заказа на предоставление гражданам определенных видов и объемов медицинской помощи; форматирование нормативно-правовой базы здравоохранения. (законы: «О национальном здравоохранении»; «О государственной системе здравоохранения»; «О частной системе здравоохранения»; «О

внесении изменений и дополнений в закон РФ «О медицинском страховании граждан в РФ»); перемещение акцентов в оказании медицинской помощи со стационаров на амбулаторно-поликлиническое звено; разграничение полномочий между Федеральным центром и субъектами Федерации; меры по поддержанию федеральных медицинских центров; меры государственного регулирования лекарственного обеспечения населения: введение государственного регулирования цен на жизненно необходимые лекарственные средства; централизованные закупки для медицинских учреждений и льготных категорий согласно перечню; доленое финансирование бюджетами различных уровней и средствами обязательного медицинского страхования; персонификация учета потребления лекарственных средств; выравнивание расходов территорий при помощи субвенций на основе совместных договоров между Минздравом и властями субъектов Федерации на следующих условиях: повышение доли расходов региональных бюджетов на здравоохранение; реструктуризация видов помощи [22].

3.2. Финансовая обеспеченность государственных гарантий предоставления населению Российской Федерации бесплатной медицинской помощи

В переходный период значительно сократились возможности государства финансировать бесплатное предоставление населению медицинской помощи, вследствие чего резко ухудшилась ее доступность для широких слоев населения. Объем государственного финансирования здравоохранения (из бюджетов всех уровней и средств обязательного медицинского страхования) в 1998 году в сопоставимом выражении уменьшился по сравнению с 1991 годом на 33%. И эту оценку следует признать оптимистической, поскольку она получена с использованием индексов-дефляторов ВВП. По оценке Института народнохозяйственного

прогнозирования РАН, рассчитанной с учетом динамики цен по различным видам расходов отрасли здравоохранения, объем его государственного финансирования сократился за тот же период на 76%.

При этом количество лечебно-профилактических учреждений сократилось за этот же период лишь на 1,2%, а численность медицинских работников уменьшилась на 1,5%. Закрывались маленькие больницы, главным образом в сельской местности, которые были не способны предоставить полноценное лечение и использовались скорее как учреждения социальной помощи [105 с. 302, 106 сс. 283-284].

Значительное сокращение общественного финансирования здравоохранения не повлекло, тем не менее, пересмотра обязательств государства по предоставлению бесплатной медицинской помощи населению.

В советском государстве права граждан на получение бесплатной медицинской помощи были сформулированы в законодательстве в весьма общем виде. В статье 42 Конституции СССР (1977 г.) было записано, что право граждан на охрану здоровья «обеспечивается бесплатной квалифицированной медицинской помощью, оказываемой государственными учреждениями здравоохранения, расширением сети учреждений для лечения и укрепления здоровья граждан» [40, с. 17]. При этом перечень видов услуг, которые вправе был получить каждый гражданин, законом не определялся. Фактически это означало право граждан на бесплатное получение помощи в доступных для них медицинских учреждениях. При этом для лиц с разным социальным статусом, для жителей разных территорий были доступны разные по качеству оказываемой медицинской помощи лечебно-профилактические учреждения.

В Конституции России, принятой в 1993 году, был сохранен прежний подход к формулированию прав граждан на бесплатную медицинскую помощь. Статья 41 определяет, что «медицинская помощь в государственных

и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно» [41, с. 16].

Возможности Российского государства финансировать бесплатное предоставление населению медицинской помощи значительно сократились в переходный период, что было продемонстрировано ранее на рис. 2. Это обусловило развитие практик легальной и неформальной оплаты населением медицинской помощи. Медицинские услуги, которые легально оплачиваются населением через кассу медицинского учреждения, именуются в нашей стране «платными медицинскими услугами». Эта практика регулируется «Правилами предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями». Согласно данным правилам, платные медицинские услуги населению предоставляются медицинскими учреждениями в виде профилактической, лечебно-диагностической, реабилитационной, протезно-ортопедической и зубопротезной помощи. Государственные и муниципальные медицинские учреждения вправе оказывать платные медицинские услуги населению только по специальному разрешению соответствующего органа управления здравоохранением. Органами власти субъектов Российской Федерации и органами местного самоуправления принимаются нормативные акты, определяющие перечень, порядок и условия предоставления платных медицинских услуг в государственных и муниципальных медицинских учреждениях [58,88].

Неспецифицированность государственных гарантий является характерной особенностью патерналистского отношения государства к предоставлению социальных услуг. Установление прав граждан на бесплатную медицинскую помощь обусловливается идеологическими представлениями и политическими факторами и не опосредуется экономическими соизмерениями⁵. Это и влечет расплывчатость формулируемых прав и соответствующих обязательств государства [130].

⁵ Доминирование идеологии и неразвитость экономического оценивания предоставляемых социальных услуг были присущи не только социалистическим государствам. Аналогичная ситуация имела место в западноевропейских странах, которые использовали

Введение в России системы обязательного медицинского страхования призвано было изменить такое положение. Закон «О медицинском страховании граждан Российской Федерации», принятый в 1991 году, предусматривает, что объем, и условия оказания гражданам медицинской помощи в рамках ОМС устанавливаются в базовой и территориальных программах ОМС. Однако в базовой программе, утвержденной правительством в 1992 году, гарантии гражданам были сформулированы в весьма общем виде и не были конкретизированы в объемных и финансовых показателях⁶. Тарифы взносов на ОМС работающего населения, равные 3,6% от фонда заработной платы, были установлены в 1993 году без увязки с потребностями в ресурсном обеспечении медицинской помощи, которая должна предоставляться застрахованным. Размеры платежей из бюджета на ОМС неработающего населения вообще не были определены законодательно [32].

Если обязательства государства оказываются неспецифицированными, то с политико-экономической точки зрения это означает обязательства, как минимум, финансировать существующую сеть государственных и муниципальных лечебно-профилактических учреждений так, чтобы они могли продолжать оказывать те бесплатные медицинские услуги населению, структура которых исторически сложилась. Но тогда дисбаланс между обязательствами государства в сфере здравоохранения и их финансовым обеспечением порождается и автоматически увеличивается с сокращением финансирования здравоохранения по сравнению с величиной, необходимой

Бевериджскую систему финансирования здравоохранения, предусматривающую бесплатную медицинскую помощь для всего населения и покрытие расходов за счет бюджета государства. Так, в Великобритании серьезной проблемой была неразвитость системы экономического оценивания предоставляемых видов медицинских услуг. И даже после реформы 1991 г., которая ввела элементы рыночных отношений в систему финансирования здравоохранения и установила обязательность заключения государственными органами детальных контрактов с производителями медицинских услуг, эти контракты до сих пор остаются недостаточно специфицированными (Glennester, 1995, pp. 29-30).

⁶ Нечеткость определения государственных обязательств в области охраны здоровья сохраняется и в других постсоциалистических странах (Albrecht, 1996).

для обеспечения нормальных условий деятельности сложившейся сети лечебно-профилактических учреждений.

Государственного финансирования (бюджетных ассигнований и взносов работодателей на обязательное медицинское страхование работающих) недостаточно для содержания имеющейся сети медицинских учреждений и тех объемов медицинской помощи, которые они предоставляют населению.

В таблице 3.5 проведен анализ финансовой обеспеченности государственных гарантий предоставления населению бесплатной медицинской помощи в 1998-2004 годах, в качестве примера приведен расчет на 1998 год.

Для оценки размера требуемых затрат на предоставление объемов медицинской помощи населению можно воспользоваться нормативами стоимости медицинской помощи, установленными Минздравом РФ и Федеральным фондом ОМС в методических рекомендациях по разработке территориальных программ государственных гарантий обеспечения населения бесплатной медицинской помощью, которые были рассчитаны в ценах 1996 года и выражены в деноминированных рублях [54, с. 233]:

- средняя стоимость одного вызова скорой медицинской помощи – 146,9 руб.;
- средняя стоимость одного врачебного посещения в амбулаторно-поликлинических учреждениях – 13,0 руб.;
- средняя стоимость одного дня пребывания в дневном стационаре – 19,0 руб.;
- средняя стоимость одного койко-дня в стационаре – 95,1 руб.

**Финансовая обеспеченность государственных
гарантий предоставления населению
бесплатной медицинской помощи в 1998-2004 годах**

	1998	1999	2000	2001	2002	2004
Расходы государства на здравоохранение, млрд. руб.,	84,4	136,1	137,5	180,2	253,2	297,6
в.т.ч.						
Федеральный бюджет	5,7	10,1	16,9	23,1	31,6	39,4
Бюджеты субъектов РФ	58,7	92,9	120,6	157,1	221,6	258,2
Взносы на ОМС работающего населения	20,0	33,1	50,5	60,0	82,3	148,6
Расходы государства на здравоохранение, % ВВП*	3,1	3,0	1,8	2,0	2,0	2,2
Необходимые затраты на обеспечение государственных гарантий**, млрд. руб.	102,4	163,4	169,75	225,25	328,8	400,9
Необходимые затраты на обеспечение государственных гарантий, % ВВП	3,8	3,6	2,3	2,5	3,0	1,85
Уровень финансового обеспечения государственных гарантий, %***	82	83	81	80	77	74

* Расходы государства на здравоохранения в % от ВВП рассчитаны с помощью номинального объема использованного ВВП (в текущих ценах, млрд. руб.), данные Федеральной службы государственной статистики.

** Стоимость фактически оказанных объемов медицинской помощи, рассчитанная с использованием нормативов затрат, утвержденных Минздравом России и Федеральным фондом ОМС. Программа государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи гражданам в Российской Федерации на соответствующий год.

*** Показатель рассчитывается делением суммы расходов государства на здравоохранение на величину затрат, необходимых на обеспечения государственных гарантий медицинского обслуживания населения.

Источник: рассчитано на основе данных Минздрава России, Госкомстата России, Федеральной службы государственной статистики РФ.

Рассмотрим подробный расчет на примере 1998 года. Скорректировав эти значения на индексы-дефляторы ВВП в 1997 году (1,17) и в 1998 году (1,10), умножив их на объемы фактически оказанной медицинской помощи населению в 1998 году (см. табл. 3.6) и среднегодовую численность населения (146,5 млн. чел.) и на коэффициент 1,127, учитывающий затраты на другие виды медицинской помощи и на поддержание системы здравоохранения, получаем величину 102,4 млрд. руб., что составляет 3,8% ВВП. Это затраты, которые должны были быть обеспечены государственным финансированием, исходя из фактических объемов медицинской помощи, предоставленной населению [55, с.34].

Сумма бюджетных расходов на здравоохранение и взносов на ОМС работающего населения составила в 1998 году 84,4 млрд. руб., или 3,1% ВВП. В результате уровень финансового обеспечения государственных гарантий медицинского обслуживания населения равнялся 82%. Расчет, выполненный по аналогичной схеме для 1999 года, показывает, что уровень финансового обеспечения государственных гарантий составил 83%, а в 2003 году снизился до 74% (табл. 3.5). Приводя эти оценки, следует заметить, что вышеуказанные нормативы стоимости медицинской помощи занижают затраты, необходимые на медикаменты, а также фиксируют существующий относительно низкий уровень заработной платы медицинских работников, которые в реальности получают часть доходов за счет теневых платежей пациентов. Кроме того необходимые затраты на медицинское обслуживание населения рассчитывались исходя из предпосылки, что оплачиваться должны именно объемы помощи, а не содержание существующей сети медицинских организаций. Указанные федеральные нормативы определялись на основе нормативных показателей расходов на заработную плату, на приобретение медикаментов, на питание больных, на осуществление других хозяйственных расходов (оплата коммунальных услуг и др.) в расчете на единицу объема медицинской помощи и на основе нормативных показателей интенсивности использования мощностей лечебно-профилактических учреждений

(показателей среднегодовой занятости больничных коек и т.д.). Фактические показатели интенсивности использования мощностей ЛПУ ниже нормативных. Соответственно фактические потребности средств на оплату хозяйственных расходов существующей сети ЛПУ и на оплату труда их персонала выше расчетных федеральных нормативов. В итоге приведенная выше оценка финансовой обеспеченности государственных гарантий бесплатного медицинского обслуживания является завышенной.

Проблема несоответствия размеров финансирования здравоохранения и комплекса услуг, предоставление которых гарантируется населению, существует во всех постсоциалистических странах, даже в тех, где не было столь драматического и длительного сокращения ВВП, как в России. Например, в Эстонии указанная проблема возникла из-за более высоких темпов роста цен на коммунальные услуги по сравнению с темпами роста взносов на обязательное медицинское страхование [95]. В Болгарии, Польше, Румынии проблема несбалансированности имеющихся средств и гарантий государства в области здравоохранения стояла даже более остро, чем в России, так как в этих государствах не только медицинская помощь, но и лекарства предоставлялись населению бесплатно.

Длительное сохранение дисбаланса между государственными обязательствами и реальными финансовыми потоками оказывает разрушительное влияние на всю систему здравоохранения. Происходит сокращение масштабов профилактики заболеваний и нарастание платности медицинской помощи. В ситуации, когда финансирование в реальном выражении уменьшается, средства «размазываются» по существующим медицинским учреждениям и направляются в первую очередь на оплату труда и коммунальных услуг. Такая политика финансирования здравоохранения типична для государств, бюджетные возможности которых сокращаются [95, с.127]. Когда денег не хватает на приобретение медикаментов и необходимых материалов, больницы требуют, чтобы пациенты покупали сами все нужное для операции, не говоря уже о

дополнительной оплате труда врачей. А поликлиники, например, предлагают больным, нуждающимся в рентгенографическом обследовании, самим приносить пленку, и т.п. Такую же картину можно было наблюдать и в других постсоциалистических странах. В Польше в 1992 году госпитали и больницы были вынуждены просить предполагаемых пациентов о «добровольных» пожертвованиях [95, с.9].

В 1998 году Правительство Российской Федерации сделало первый шаг по пути конкретизации и пересмотра обязательств государства. Постановлением Правительства РФ от 11.09.1998 № 1096 была утверждена Программа государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью на 1999 год. Через год был принят новый вариант программы с небольшими изменениями (Постановление Правительства РФ от 26.10.1999 № 1194). В программе государственных гарантий сохранен неизменным тот перечень видов медицинской помощи, который сложился в советское время. Но впервые установлены показатели объемов медицинской помощи в расчете на 1000 человек, которые должны быть финансово обеспечены государством (табл. 3.6) [86,87].

Таблица 3.6

**Показатели программы государственных гарантий
обеспечения бесплатной медицинской помощью**

Виды медицинской помощи	Объем в расчете на 1000 чел.					
	1998 факт	1999 факт	1999 программа	2000 программа	2003 программа	2004 программа
Скорая помощь, вызовов	316	317	340	318	318	318
Стационарная, койко-дней	3377,1	3297,3	2901,5	2812,5	2812,5	2812,5
Медицинская помощь в дневных стационарах	11*	14*	660**	749**	750**	577**
Поликлиническая, врачебных посещений	8743	8970	9198	9198	9198	9198

* - количество лечившихся больных.

** - число койко-дней.

Источник: Министерство здравоохранения РФ. Сведения о сети и деятельности учреждений здравоохранения за 1998г., за 1999 г., форма № 47; Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации. Сборник законодательных актов и нормативных документов, регламентирующих обязательное медицинское страхование в Российской Федерации. Том 8. М.: Федеральный фонд ОМС, 1999, сс. 48-49; Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации. Сборник законодательных актов и нормативных документов, регламентирующих обязательное медицинское страхование в Российской Федерации. Том 10. М.: Федеральный фонд ОМС, 2000, сс. 178-179.

Показатели программы предполагают трансформацию структуры оказания медицинской помощи в пользу менее ресурсоемких ее видов: сокращение объема лечения в стационарных условиях и перемещение его в сектор амбулаторно-поликлинического обслуживания. В последнее десятилетие уже идет процесс сокращения числа больничных коек (см. приложение 3). Принятая программа ориентирует на дальнейшее движение по этому пути и на сокращение больничных мест, использование которых имеет низкую затратную эффективность. Предусмотрено уменьшить на 15% по сравнению с 1999 годом объем лечения в стационарных условиях и переместить его в сектор амбулаторно-поликлинического обслуживания, т.е. проводить лечение ряда заболеваний в дневных стационарах больниц и в поликлиниках. Удельный вес расходов на амбулаторно-поликлиническую помощь в государственном финансировании текущих расходов на медицинские услуги, который составляет в среднем по стране 24% по данным 1998 года, должен возрасти до 30% [109, с. 16].

В результате затраты на предоставление медицинских услуг в объемах, определенных программой государственных гарантий, требуются меньшие, чем в случае сохранения прежних объемов стационарной медицинской помощи. Стоимость принятой программы государственных гарантий в расчете на 1999 год составляет 3,4% ВВП. Расходы на здравоохранение из консолидированного бюджета и взносы работодателей на ОМС работающего населения достигли в 1999 году 3,0% ВВП. Таким образом, уровень обеспеченности принятой федеральной программы государственных гарантий был равен 88%.

Однако эта оценка является заведомо завышенной по ряду причин:

1. нереально было ожидать осуществления за один год масштабных изменений в структуре медицинской помощи, предусмотренных программой;
2. нормативы стоимости медицинской помощи, используемые Минздравом РФ и ФФОМС для расчетов стоимости этой программы, не учитывали расходов по проведению требуемой широкомасштабной реструктуризации здравоохранения;
3. нормативы определяют расходы на оказание гарантируемых объемов медицинской помощи безотносительно к расходам на содержание имеющейся сети медицинских организаций.

Другими словами, федеральные стоимостные показатели не рассчитаны на содержание всей существующей сети ЛПУ в неизменном виде и с прежней интенсивностью деятельности, а предполагают реструктуризацию этой сети. Осуществить ее весьма сложно из-за политического сопротивления местных властей, всячески старающихся сохранить свои муниципальные ЛПУ, даже если они используются крайне неэффективно. Поэтому в субъектах РФ производили расчеты стоимости реализации программы государственных гарантий, не предусматривая серьезных сокращений в имеющейся сети ЛПУ. По результатам практической разработки территориальных программ государственных гарантий, дефицит финансовых средств на выполнение территориальных программ оценивался в 1999 году в размере 40-50% [130, с.1].

Целесообразность разработки и утверждения программы государственных гарантий не подлежит сомнению. Однако ее принятие не решает проблемы несбалансированности государственных гарантий и их финансового обеспечения.

По данным таблицы 3.5. расходы государства на здравоохранение в процентах от ВВП снижаются (с 3,1% – 1998г. до 2,2 % – 2004 г.), в настоящее время радикальные изменения в системе финансирования здравоохранения отсутствуют. Снизилась ставка единого социального налога, установленная в 2001 году (35,6%), в декабре 2005 года составила

26% от фонда заработной платы, включая платежи в фонды ОМС в 2001 году (3,6%), по состоянию на конец декабря 2005 года 3,1%.

Практика показывает, что, несмотря на сокращение стоимости программы государственных гарантий, исчисленной в процентах к ВВП, уровень ее финансовой обеспеченности (отношение суммы бюджетных ассигнований и средств ОМС к стоимости программы) не достигнет 100% в следующем десятилетии. Таким образом, проблема дисбаланса между государственными гарантиями бесплатного медицинского обслуживания и возможностями государства по их финансированию сохранится в обозримой перспективе, эту проблему мы попытались решить в работе на примере Республики Башкортостан.

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. Таким образом, установление порядка и объема, предоставляемых отдельным группам населения мер социальной поддержки (льгот в старой терминологии) в оказании медико-социальной помощи и лекарственном обеспечении по действующему законодательству теперь является полномочием субъектов РФ. В результате с 2005 года регионы должны будут финансировать все свои обязательства, в том числе по льготным выплатам. К концу 2005 года 58% населения Республики Башкортостан, получающих соцпакет⁷, отказались от него, чтобы взамен с 2006 года получать денежную компенсацию 450 рублей [123].

3.3. Модельные конструкции оптимального распределения финансовых ресурсов между видами медицинской помощи в здравоохранении региона

Одним из приоритетных направлений повышения жизненного уровня населения является система здравоохранения, оказываемая ею совокупность видов медицинской помощи и их эффективность. В развитых странах система здравоохранения достигла высочайшего уровня, интегральным показателем которого является продолжительность жизни населения. Достигнутый достаточно высокий уровень медицинского обслуживания населения в СССР утрачен в результате не продуманного реформирования системы здравоохранения. Создание же системы здравоохранения образца западных стран требует значительных средств, прежде всего повышения качества жизни в стране, что в короткие сроки не достижимо. Однако либерализация экономики и предоставленная регионам самостоятельность

⁷ Соцпакет – это набор социальных услуг, в него входят: бесплатный проезд в пригородных электричках, получение бесплатных лекарств по рецепту врача и санаторно-курортное лечение (по медицинским показаниям). С 2006 года льготники могут отказаться от соцпакета полностью или какой-то его части. В денежном выражении соцпакет составляет: проезд- 40 руб., лекарства- 350 руб., санаторное лечение- 60 руб., целиком пакет- 450 руб. Для этого нужно до 1 октября 2005 года подать заявление в Пенсионный фонд по месту жительства. И тогда с 2006 года взамен соцпакета вы будете получать деньги.

позволяют управлять процессом создания эффективной системы здравоохранения за счет внутрирегиональных источников финансирования [17,19].

В настоящее время, согласно программе государственных гарантий обеспечения населения 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 одну тысячу. Вообще, следует придерживаться установленных государством стандартам 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 $y_i(\rho) = y_i^0 + (\bar{y}_i - y_i^0)\varphi_i(\rho)$, $0 \leq \rho \leq 1$, 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. 7.

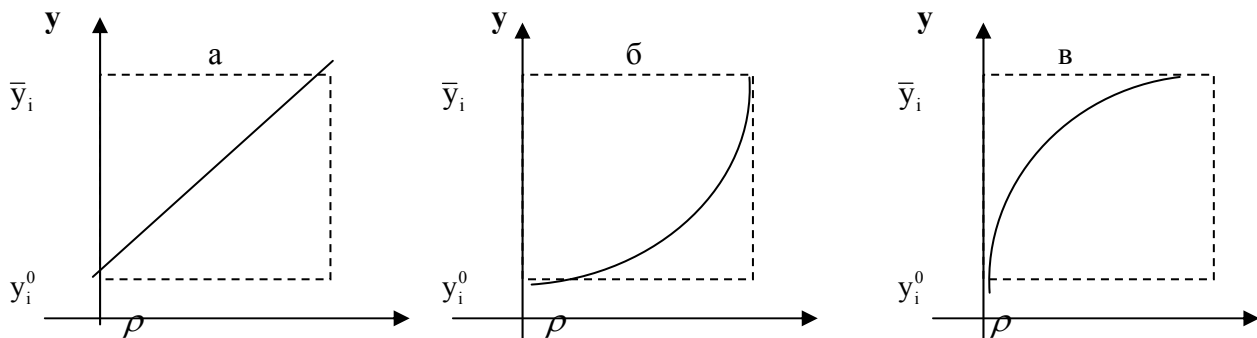


Рис. 7.

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. 6,в), а для менее – вниз (рис. 6,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. 7,а);
- 2) при $c_i > 1$, $y_i(\rho)$ выпукла вниз, т.е. наблюдается (обеспечивается) медленный рост показателя i в начале периода (рис. 7,б);
- 3) при $0 < c_i < 1$, $y_i(\rho)$ выпукла вверх, т.е. имеем быстрый рост показателя i в начале периода (рис. 7,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 [115].

Вычисление коэффициентов предпочтительности.

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 $i=1,2,\dots,n$.

Вычислим коэффициент предпочтительности c_i по формуле $c_i = \left(\ln \frac{y_i(\tilde{\rho}) - y_i^0}{k_i} \right) : \ln \tilde{\rho}$ (это вычисление можно сделать из выводов предыдущего пункта).

Неравенство $y_i(\tilde{\rho}) > y_i^0$ можно обеспечить всегда, так как $y_i(\tilde{\rho})$ можно взять произвольно из интервалов $[y_i^0, \bar{y}_i]$, причем $\tilde{\rho}$ должно быть одинаково для всех видов медицинской помощи.

Теперь попытаемся сформулировать оптимизационную модель, описанную выше: распределение средств между видами оказываемых видов медицинской помощи с учетом их предпочтительности; естественно, напрашивается достижение максимального значения параметра ρ при ограничениях на ресурсы. Описание ограничивающих условий начнем с того, что определим сначала нормативы затрат на каждый вид оказываемой медицинской помощи в расчете на одну тысячу жителей региона. Пусть q_i – количество средств, необходимых для достижения планируемых показателей $\bar{y}_i$ в конце планируемого периода. Тогда $q_1 y_1(\rho) + q_2 y_2(\rho) + \dots + q_n y_n(\rho) \leq Q$, где Q – максимально возможное значение средств, выделяемых для улучшения всех видов медицинской помощи (то же в расчете на

фиксированное число жителей). Преобразуем основное ограничение, заменяя $y_i(\rho)$ через коэффициенты предпочтительности: $\sum_{i=1}^n q_i y_i(\rho) = \sum_{i=1}^n q_i (y_i^0 + \kappa_i \rho^{C_i}) \leq Q$.

Формулировка модели такова: найти максимальное значение ρ при условиях –

$$\left. \begin{aligned} \sum_{i=1}^n q_i (y_i^0 + \kappa_i \rho^{C_i}) &\leq Q, \\ 0 &\leq \rho < 1 \\ C_i &= \left(\ln \frac{y_i(\tilde{\rho}) - y_i^0}{\kappa_i} \right) : \ln \tilde{\rho}. \end{aligned} \right\} \quad (3.1)$$

Модель (3.1) может рассматриваться как базовая, которая легко модифицируется в зависимости от структуры информации [115].

Метод численного решения задачи (3.1)

Модель (3.1) относится к классу задач нелинейного программирования. Нелинейность отражена в одном ограничении (так называемом в бюджетном ограничении). Для ее решения наиболее подходящий метод – вычисление на ЭВМ путем разбиения интервала $\rho \in [0,1]$ на приемлемые отрезки с шагом $\Delta\rho = 0,1$, т.е. $\rho = 0,1; 0,2; 0,3, \dots, 0,9; 0,95; 0,99$.

Решение задачи (3.1) классическим методом множителей Лагранжа затруднено из-за ограничения $0 \leq \rho < 1$ и специфическими условиями бюджетного ограничения. Эта попытка приводит к результату, находящемуся на границе допустимого множества: $\bar{\rho} = 1$, $\bar{\lambda}_1$ – любое, $\bar{\lambda}_2 = 1 - \sum_{i=1}^n q_i \kappa_i c_i \lambda_1$ показывает, что экстремум функции $F(\rho, \lambda_1, \lambda_2)$ достигается на границе недопустимого множества и при этом $\bar{\rho} = 1$. Однако такое решение нас не устраивает, так как решение $\rho = 1$ утрачивает предъявленные свойства $\phi(\rho)$, среди которых $0 \leq \rho < 1$ (!).

Условие $0 \leq \rho < 1$ вносит открытость множества решений, а $\bar{\rho} = 1$ – граничное условие, достижение которого означает, что выделенные ресурсы

достаточны для достижения желаемых показателей. Таким образом, по методу Лагранжа нельзя учитывать ограничение со строгими неравенствами (т.е. вида $0 \leq \rho < 1$).

Решение задачи (3.1) методами вычислительной математики.

а) Прежде всего, остановимся на вычислении коэффициентов предпочтительности c_i , которые сводятся к определению параметра $\tilde{\rho} \in (0;1)$. Поскольку для вычисления коэффициентов c_i требуется выполнение условий $y_i(\tilde{\rho}) > y_{i0}^0$, то находим $\max y_i^0 = y_{i0}^0$ и решаем неравенство относительно ρ^{c_i} :

$y_i(\rho) > y_{i0}^0$, или $y_i + \kappa_i \rho^{c_i} > y_{i0}^0$, или $\rho^{c_i} > \frac{y_{i0}^0 - y_i^0}{\kappa_i}$ для всех $i \neq i_0, i \in \overline{1, n}$. Так как

можно допустить $c_i = 1$ (см. методику определения c_i), то $\rho > \frac{y_{i0}^0 - y_i^0}{\kappa_i}$. По

определению $\frac{y_{i0}^0 - y_i^0}{\kappa_i} < 1$ для всех $i \neq i_0, i \in \overline{1, n}$. Поэтому $\tilde{\rho} \geq \frac{(y_{i0}^0 + \varepsilon) - y_i^0}{\kappa_i}$ для

всех $i \in \overline{1, n}$, где $\varepsilon > 0$ (бесконечно малое), и при $i = i_0$ искомое число, отвечающее требованию условия выполнения неравенства $y_i(\tilde{\rho}) > y_{i0}^0$,

обеспечивается величиной $\tilde{\rho} = \frac{(y_{i0}^0 + \varepsilon) - y_{i0}^0}{\kappa_{i0}} = \frac{\varepsilon}{\kappa_{i0}}$.

Итак, коэффициенты предпочтительности определяются по формуле

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

Теперь приступаем к решению задачи (3.1) методами вычислительной математики.

Разобьем интервал $[0,1)$ на m равных отрезков, или по-другому фиксируем различные уровни достижения желаемых оказываемых видов медицинской помощи: $\rho_1 < \rho_2 < \dots < \rho_m < 1$, здесь $\rho_j > 0$. В более общей форме для программирования $\rho_{j+1} = \rho_j + \Delta$,

$$j = 0, 1, \dots, m-1, \Delta = \rho_{j+1} - \rho_j.$$

Основная расчетная формула представляется следующим образом:

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

где $\underline{Q}, \overline{Q}$ – нижняя и верхняя границы варьирования выделяемых средств. Необходимая первичная информация сконцентрируется в коэффициентах: $q_i, y_i^0, \bar{y}_i, \underline{Q}, \overline{Q}, c_i, \kappa_i$. Величину шага Δ можно изменять в процессе расчетов. Процесс следует начинать с величины $\Delta = 0,05$. Эта величина удобна для перехода к процентным отношениям.

3.4. Особенности финансирования развития видов медицинской помощи в Республике Башкортостан (анализ экспериментальных расчетов)

В целях обеспечения конституционных прав граждан на получение бесплатной медицинской помощи гарантированного объема и качества, разграничения источников финансирования и повышения эффективности использования ресурсов здравоохранения Республики Башкортостан, во исполнение постановления Правительства Российской Федерации от 26 ноября 2004 года №690 «О Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2005 год» следует руководствоваться Программой государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи гражданам в Республике Башкортостан на 2005 год [90].

Программа государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи гражданам в Республике Башкортостан на 2005 год определяет виды, объемы, условия оказания и финансирования медицинской помощи, предоставляемой населению бесплатно. Финансирование Программы осуществляется за счет средств бюджета Республики Башкортостан, бюджетов районов и городов, местных бюджетов, средств

Республиканского фонда обязательного медицинского страхования Республики Башкортостан (РФОМС РБ) и других источников.

Программа включает в себя:

- Республиканскую программу обязательного медицинского страхования граждан в Республике Башкортостан на 2005 год;
- перечень заболеваний, видов медицинской помощи, мероприятий, учреждений и структурных подразделений здравоохранения, финансируемых за счет средств бюджета Республики Башкортостан, бюджетов районов и городов, местных бюджетов;
- сводный расчет стоимости Программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи гражданам в Республике Башкортостан на 2005 год.

Перечень заболеваний и видов медицинской помощи, предоставляемой населению бесплатно.

Гражданам в рамках Программы бесплатно предоставляются:

- а) скорая медицинская помощь при состояниях, угрожающих жизни или здоровью гражданина либо окружающих его лиц;
- б) амбулаторно-поликлиническая помощь, включая проведение мероприятий по профилактике, по диагностике и лечению заболеваний в поликлинике, на дому и в дневных стационарах всех типов, а также оказание медицинской помощи врачами общей практики (семейными врачами);
- в) стационарная помощь при острых заболеваниях и обострениях хронических заболеваний, отравлениях и травмах, и других причинах требующих интенсивной терапии, круглосуточного медицинского наблюдения.

При оказании скорой медицинской помощи, стационарной медицинской помощи и медицинской помощи в дневных стационарах всех типов предоставляется бесплатная лекарственная помощь в соответствии с перечнем жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств, изделий медицинского назначения, утверждаемым в установленном порядке.

Лечебно-профилактические учреждения обязаны обеспечить граждан доступной и достоверной информацией о Программе.

Нормативы объемов медицинской помощи.

Программа предусматривает следующие нормативы:

1. Амбулаторно-поликлиническая помощь – 9198 посещений на 1000 человек, в том числе по Республиканской программе обязательного медицинского страхования граждан в Республике Башкортостан – 8458 посещений.

2. Стационарная помощь – 2812,5 койко-дня на 1000 чел., в том числе по Республиканской программе обязательного медицинского страхования граждан в Республике Башкортостан – 1942,5 койко-дня.

3. Скорая медицинская помощь – 318 вызовов на 1000 чел.

4. Медицинская помощь, предоставляемая в дневных стационарах, стационарах на дому амбулаторно-поликлинических учреждений (подразделений) и стационарах (отделениях, палатах) дневного пребывания больничных учреждений – 749 дней на 1000 человек, в том числе по Республиканской программе обязательного медицинского страхования граждан в Республике Башкортостан – 619 дней [89].

Сводный баланс расчетный с учетом реализованной Программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи гражданам в 2004 году и утвержденной стоимости Программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи гражданам в Республике Башкортостан на 2005 год представлен в приложении 7.

Расчетная стоимость Программы государственных гарантий обеспечения граждан Республики Башкортостан бесплатной медицинской помощью на 2005 год составила 12745,3 млн. руб. (с учетом приобретения медицинского оборудования и расходов на капитальный ремонт):

За счет бюджета – 3957,2 млн. руб., что составляет 31% от общей суммы;

За счет средств обязательного медицинского страхования (ОМС) – 8788,1 млн. руб., что составляет 69%.

Утвержденная стоимость программы составила 8167,7 млн. руб., в том числе:

За счет средств бюджета 3063,2 млн. руб. (37,5%),

За счет средств ОМС – 5104,5 млн. руб. (62,5%).

Дефицит программы составил 36%, в том числе за счет средств бюджета – 23%, за счет средств ОМС – 42%.

На амбулаторно-поликлиническую помощь было утверждено за счет средств ОМС 2657 млн. руб. или 52% от общей утвержденной суммы по ОМС, на стационарную помощь – 2258 млн. руб. – 44% от общей утвержденной суммы по ОМС, на дневные стационары – 153,5 млн. руб. или 3% от общей утвержденной суммы.

По итогам 2005 года Программа профинансирована на 8811,5 млн. руб., в том числе: за счет средств бюджета 3375,1 млн. руб. (38,3%), за счет средств ОМС 5436,4 млн. руб. (61,7%).

Объем подушевого финансирования составил в 2005 году 3114,7 руб., что на 27% больше, чем в 2004 году.

В 2005 году финансирование лечения больных Республики Башкортостан в федеральных учреждениях производилось за счет республиканского бюджета. В 2005 году в структуре тарифов на медицинские услуги сохранены коммунальные и прочие хозяйственные расходы. Анализ фактических объемов медицинской помощи по бюджетной части и их финансирования показал следующее:

В 2005 году было выполнено 1451,2 тыс. вызовов, на финансирование 1 вызова скорой помощи населению было направлено 701 руб. или на 6,1% утвержденной суммы. За отчетный период сделано 5731,0 тыс. врачебных посещений, финансируемых из бюджета, что составило 676,2 на 1000 населения (в 2 раза больше утвержденного объема). Фактическая стоимость 1 посещения составила 84,0 рублей (на 6,1% меньше утвержденной суммы).

В стационарах за счет средств бюджета пролечено 87,3 тыс. больных, ими проведено 679,2 койко-дней на 1000 населения (на 4,7% меньше утвержденного объема). Стоимость 1 койко-дня в 2005 году составила 252 руб. что на 10,5% меньше утвержденной стоимости

В дневных стационарах проведено 94,6 дней лечения на 1000 населения (на 3,4% меньше утвержденного объема). Стоимость 1 дня лечения составила 15,9 руб., что меньше утвержденной суммы на 9,2%.

Анализ фактических объемов медицинской помощи по территориальной программе ОМС и их финансирования показал, что за отчетный период в амбулаторно-поликлинические учреждения сделано 7349,0 врачебных посещение на 1000 населения (на 13% меньше утвержденного объема). Фактическая стоимость 1 посещения составила 89,4 рубля или на 6% меньше утвержденной суммы.

В стационарах выполнено 1651,4 койко-дней на 1000 населения (на 21% больше утвержденного объема). Стоимость 1 койко-дня в 2005 году составил 338,5 руб., что на 40% больше утвержденной стоимости. В дневных стационарах проведено 207,8 дней лечения на 1000 населения (на 56,6% меньше утвержденного объема). Стоимость 1 дня лечения составила 182,9 руб., что меньше утвержденной суммы на 26%.

Анализ фактических объемов медицинской помощи и их финансирования в целом показал, что за отчетный период сделано 9,9 врачебных посещений на 1 жителя, что на 7,6 % превышает утвержденный объем. Фактическая стоимость 1 посещения составила 45,1 руб.

В круглосуточных стационарах выполнено 3263,9 койко-дней на 1000 жителей, что на 3,7% превышает утвержденный объем. Стоимость 1 койко-дня в 2005 году составила 315,5 руб. (на 11% больше утвержденной стоимости). В дневных стационарах всех типов проведено 416,5 дней лечения на 1000 населения (55,6% от утвержденного объема). Стоимость 1 дня лечения составила 75,8 руб. (меньше утвержденной суммы на 30%)

Приоритетным направлением развития отрасли является амбулаторно-поликлиническое звено. Количество сделанных посещений составило 9,3 на 1 жителя, что соответствует нормативу Программы госгарантий.

Для проведения экспериментальных расчетов мы задались целью оптимального распределения финансовых ресурсов между видами медицинской помощи в здравоохранении (формула 3.1), для этого использовали исходную информацию, представленную в сводном балансе расчетной и утвержденной стоимости программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи гражданам в Республике Башкортостан в 2005 году (приложение 7). С помощью модельной конструкции 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 $c_1, c_2, \dots, c_n$), 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 проиллюстрировано в приложении 9.

При вычислении коэффициентов предпочтительности c_i по формуле

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

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;

$\overline{y_i}$ – объемы на 1000 жителей по различным видам медицинской помощи, расчетные;

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

Основная расчетная формула представляется следующим образом:

$\sum_{i=1}^n q_i (y_i^0 + \kappa_i \rho^{c_i}) \leq Q, \underline{Q} \leq Q \leq \overline{Q}$, применив эту формулу к нашим исходным данным, раскрыв скобки, получим: $(q_i^0 y_i^0 \text{Ч} + q_i^0 y_i^0 \times \rho^{c_i} \times k_i) \leq Q, \underline{Q} \leq Q \leq \overline{Q}$, 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 $\text{Ч}=4,079$ 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 $c_i = k_i / k_{\max}$;

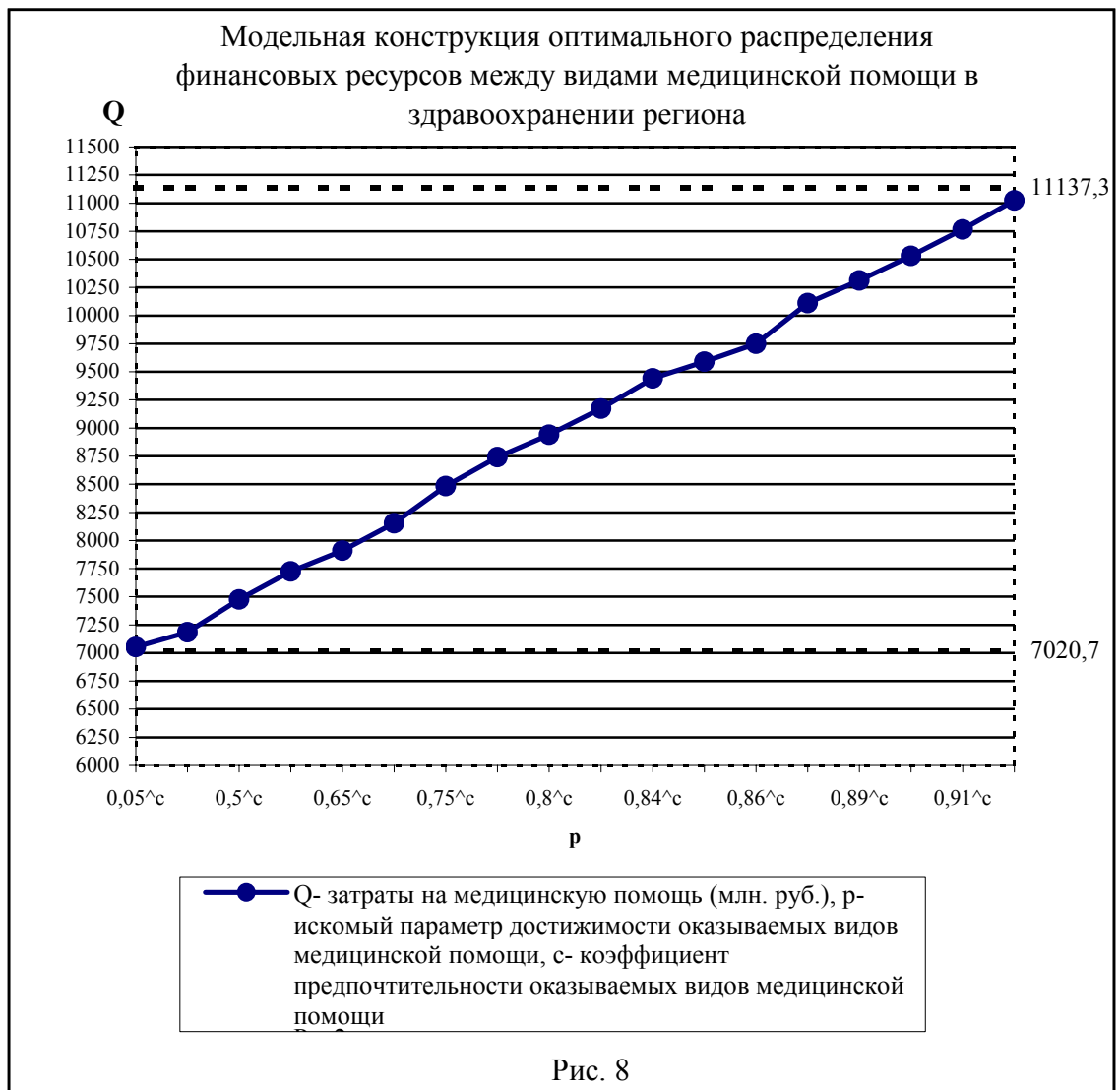
k_i – коэффициент расхождения достигнутого уровня оказываемых видов медицинской помощи от желаемого, определяется по формуле $k_i = \overline{y_i} - y_i^0$;

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.

Все необходимые расчеты представлены в приложении 8.

В заключении необходимо отметить, что «Модельная конструкция оптимального распределения финансовых ресурсов между видами медицинской помощи в здравоохранении региона» позволила 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., что продемонстрировано на рис.8.



Заключение

Экономическая модель государства определяет положение социальной отрасли и вектор ее развития. Современное состояние и перспективы здравоохранения в Российской Федерации, регионах и муниципальных образованиях в настоящее время вызывают научный и практический интерес, поскольку ожидаются очередные преобразования в данной сфере. Что обусловлено, прежде всего, намерением Правительства Российской Федерации сбалансировать финансовые возможности государства и объема социальных гарантий населению.

Проведенное исследование комплекса политических, финансово-экономических, медицинских и организационно-управленческих проблем здравоохранения, а также анализ состояния здоровья и финансовой обеспеченности оказания медицинской помощи населению Российской Федерации и Республики Башкортостан в частности, позволило сделать следующие выводы:

1. На современном этапе развития российского общества из нескольких моделей развития системы здравоохранения законодательно взята за основу модель медицинского страхования, и рассмотрение новшеств реформирования здравоохранения особенно актуально в связи с тем, что состояние здоровья населения России заметно ухудшилось, а ранее принятые меры по реформированию данной отрасли не принесли ожидаемых результатов и протекающая в российском здравоохранении реформа носит характер структурно-функциональной реорганизации отрасли.

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.

2. При проведении анализа финансирования системы здравоохранения в Республике Башкортостан (РБ) как фактора возрастания человеческого

потенциала региона нами были выделены региональные различия в процессах совершенствования организации финансирования и управления системы здравоохранения региона, рассмотрены финансовые и трудовые ресурсы отрасли:

- 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.;

- уровень финансовой обеспеченности территориальной программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи в РБ составил 86%, что выше среднероссийского показателя – 82%;

- доля средств в системе ОМС в государственном финансировании здравоохранения в РБ составила 62%, в среднем по субъектам РФ 48%.

- финансовое состояние здравоохранения нами рассмотрено с использованием показателей доли валового регионального продукта (ВРП), выделяемого на здравоохранение и бюджетных ассигнований на здравоохранение;

- состояние трудовых ресурсов отрасли, нами было определено исходя из рассмотрения размера выделенных Федеральным фондом ОМС субвенций на заработную плату для медицинских кадров первичного звена РБ на 2006 год по утвержденной правительством Российской Федерации (РФ) методике расчета размера субвенций.

3. Обобщенно перечень проблем здравоохранения можно разделить на:

- политические – заключающиеся в формировании законодательной базы, лоббировании интересов здравоохранения в органах власти и управления;

- финансово-экономические – выражающиеся в том, что на финансирование здравоохранения РФ выделяется только 3% валового внутреннего продукта (ВВП). И доля бюджетных средств, выделяемых на здравоохранение в РБ, составляет только 30% объема финансирования в целом, или 0,8% валового регионального продукта (ВРП). В то время как, согласно исследованиям Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), доля ВВП, выделяемая на финансирование здравоохранения, должна составлять не менее 7-12%.

4. Разработанная нами производственная функция позволила определить степень влияния на индекс развития человеческого потенциала индексов здоровья и долголетия, дохода и образования населения. Так в РФ 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).

Стоит отметить, что рассчитанная нами 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. При проведении экспериментальных расчетов мы задались целью оптимального распределения финансовых ресурсов между видами медицинской помощи в здравоохранении и использовали исходную информацию, представленную в сводном балансе расчетной и утвержденной стоимости программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи населению Республике Башкортостан (РБ) в 2005 году.

В результате использования расчетов с помощью «Модельной конструкции оптимального распределения финансовых ресурсов между видами медицинской помощи» нам удалось рассмотреть возможность повышения эффективности 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.

Список литературы

1. *Ананьева Е.А.* К вопросу о финансировании здравоохранения в условиях медицинского страхования / Е.А. Ананьева // Экономика здравоохранения. – Спец. выпуск. – 2002.
2. Актуальные вопросы организации здравоохранения и обязательного медицинского страхования в современных социально-экономических условиях./ под ред. В.И. Стародубов, А.М. Таранов, В.А. Гончаренко, Д.Р. Шиляев, Е.Н. Дубынина, К.Ю. Лакунин. – М.: Федеральный фонд ОМС, 1999. – 320с.
3. *Анисимов В.М.* Развитие страховой медицины – путь к реформированию здравоохранения / В.М. Анисимов // Здравоохранение. – 1999. – №6. – С. 46-50.
4. *Бабич А.М.* Экономика и финансирование социально-культурной сферы / А.М. Бабич, Е.В. Егоров. – Казань, 1996. – 243 с.
5. *Беляева Н.В.* Источники финансирования в системе счетов здравоохранения России / Н.В. Беляева // Экономика здравоохранения. Тематический выпуск. Счета здравоохранения России. – 2001. – №7. – С. 59.
6. *Беккер Г.* Теория распределения времени / Г. Беккер // США: Экономика, политика, идеология. –1996. – №1,2.
7. *Бухарбаева Л.Я.* Управление ресурсами в здравоохранении как социально-экономической системе на основе экономико-математического моделирования: автореф. дис. ... д-ра эк. наук / Л.Я. Бухарбаева; Уфимск. гос. авиационно-технический университет. – Уфа, 2005.– 38с.– Библиограф.: 33-37с.
8. *Бойков В.* Участие населения в финансировании здравоохранения / В. Бойков, Ф. Фили, И. Шейман, С. Шишкин // Экономика здравоохранения. – 2000. – №7. – С. 45-50.
9. Базы данных «Здоровье для всех», Европейское региональное бюро ВОЗ, 2002.
10. Бесплатное здравоохранение: реальность и перспективы. WP1/2002/07/ Авт. Коллектив: Богатова Т.В., Потапчик Е.Г., Чернец В.А., Чирикова А.Е., Шилова Л.С., Шишкин С.В. Независимый институт социальной политики. М.: ООО «Пробел-2000», 2002.
11. *Биктимирова З.З.* Качество жизни: проблемы измерения и оценки / З.З. Биктимирова // Экономика региона. – 2005. – №2. – С. 147-162.

12. *Вишняков Н.И.* Анализ способов оплаты амбулаторно-поликлинической помощи в условиях ОМС: поиск оптимальных решений / Н.И. Вишняков., Ю.В. Павлов // Экономика здравоохранения. – 1998. – №4.
13. *Вялков А.И., Щепин В.О., Тицук Е.А., Проклова Т.Н.* Лечебно-профилактические учреждения федерального подчинения: анализ и оценка деятельности/ под ред. О.П. Щепина. М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 2000.
14. *Вялков А.И.* Управление здравоохранением на уровне региона в условиях рыночных отношений / А.И. Вялков // Здравоохранение Российской Федерации.– 1993. – №5. – С.3-4.
15. *Гончаренко В.Л.* О соотношении административных и экономических методов управления здравоохранением / В.Л. Гончаренко, Ф.Н. Кадыров // Экономика здравоохранения. – 1998. – №4,5/29.– С.11-14.
16. *Гудков А.А., Попович Л.Д., Шишкин С.В.* Перспективы сочетания обязательного и добровольного медицинского и социального страхования в России / Социальное обеспечение экономических реформ. М.: ИЭПП. 2002. С. 98-190.
17. *Гизатуллин Х.Н.* Регионы в системе планового управления народным хозяйством / Х.Н. Гизатуллин // Проблемы управления региональной экономикой / БНЦ УрО РАН. Уфа. – 1988. – С. 21-29.
18. *Гизатуллин Х.Н.* Системный анализ эффективности трудового потенциала региона / Х.Н. Гизатуллин // Экономика региона. – 2005. – №1. – С. 114-136.
19. *Гизатуллин Х.Н.* Научно-технический прогресс и эффективность общественного производства: Препринт Уфа, 1986.
20. *Гизатуллин Х.Н.* Проблемы управления сложными системами / Х.Н. Гизатуллин // Теория и практика программного развития регионов: докл. всерос. науч.-прак. конф. – Уфа: Гилем, 2004. – 56с.
21. *Гизатуллин Х.Н., Биктимирова З.З.* Качество жизни: подходы к исследованию. Препринт. Екатеринбург: Институт экономики УрО РАН, 2004. – 42с.
22. *Гизатуллин Х.Н.* Здоровье населения и приоритеты развития основных медицинских услуг/ Х.Н. Гизатуллин, М.А. Ризванова // Экономика региона. – 2005. – №4. – С. 37-56.
23. *Галина Л.Л.,* Тенденции смертности и здоровья населения в переходный период / Л.Л. Галина, А. Р. Ахметова // Вестник ВЭГУ. – 2004. – №21/22.

24. *Гатауллин Р.Ф.* Повышение эффективности сферы услуг населению: теория и методология / Р.Ф. Гатауллин – Уфа: Восточный университет, 2001. – 132с.
25. *Гатауллин Р.Ф.* Экономика социально-культурной сферы: учебное пособие / Р.Ф. Гатауллин – Уфа: Восточный университет, 2004.– 172с.
26. *Гэлбрейт Д.* Новое индустриальное общество / Д. Гэлбрейт. – М.: Прогресс, 1969.
27. Доклад министра здравоохранения РФ «Об итогах хода реформы и задачах по развитию здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации на 2000-2004 годы и на период до 2010 года»: М., 2000.
28. Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2000.
29. Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2001.
30. *Егорышев С.В.* Современные социально-экономические технологии и методики сохранения и укрепления здоровья населения / С.В. Егорышев // Актуальные проблемы сохранения и укрепления здоровья населения: мат-лы науч.-прак. конф. –Уфа: Восточный университет, 2004.– 100с.
31. Закон РФ от 23.12.2003. №186-ФЗ «О федеральном бюджете на 2004 год».
32. Закон РФ от 28 июня 1991 г. N 1499-I «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» (в редакции Закона РФ от 2 апреля 1993 г. N 4741-I) (с изменениями от 24 декабря 1993 г., 1 июля 1994 г.)
33. Закон РБ от 15 июня 1992г. № ВС-12/31 «О медицинском страховании граждан в республике Башкортостан» (в ред. закона РБ от 7 июня 1999г. № 4-з).
34. Здоровье населения России и деятельность учреждений здравоохранения в 1997 году (статистические материалы). /Министерство здравоохранения РФ, М., 1998. С. 112, 119.
35. Здоровье населения России и деятельность учреждений здравоохранения в 1999 году (статистические материалы). /Министерство здравоохранения РФ, М., 2000. С. 111, 120, 130.
36. Здравоохранение в Республике Башкортостан: статистический сборник/ Комитет государственной статистики Республики Башкортостан. Уфа, 2003. 95с.
37. Информационный бюллетень №2(21)– Уфа, 2005.–76с.
38. *Конов П.И.* Оценка состояния здоровья граждан / П.И. Конов // Экономика здравоохранения. – 1998. – №2/26. – С.15-18.

39. Концепция охраны здоровья населения Российской Федерации на период до 2005 года (распоряжение Правительства РФ от 31 августа 2000 г. № 1202- р).
40. Конституция (Основной закон) Союза Советских Социалистических Республик. М.: Правда, 1977.
41. Конституция Российской Федерации. М.: Юридическая литература, 1993.
42. Кадыров Ф.Н. Ценообразование медицинских и сервисных услуг учреждения здравоохранения / Ф.Н. Кадыров. – М. Грантъ, 2001. – С. 214-215.
43. Кулибакин И.Б. Отчет по результатам социологического исследования «Городское здравоохранение». Кемеровский государственный университет. Социологический центр. Кемерово, 1998.
44. Клямкин И., Тимофеев Л. Теневая Россия. Экономико-социологическое исследование. М.: РГГУ, 2000. С. 165.
45. Кучеренко В.З., Денисов В.Н., Финченко Е.А. и др. Введение в медицинское страхование. В 2 т. Новосибирск: Наука, 1995. Т.1.
46. Кравченко Н.А., Кузьмин К.К. Социальная защита личности в условиях формирования новых экономических отношений / Н.А. Кравченко // Здравоохранение Российской Федерации. – 1993. – №11.
47. Каким быть российскому здравоохранению? // Комсомольская правда. Уфа. – 2006. – 18 января. – №6(23643).– С.15.
48. Кучеренко В.З. Теоретические основы качества жизни, связанного со здоровьем населения / В.З. Кучеренко, Пешков М.В. и др. // Проблемы управления здравоохранением. – 2004. – №2. – С.10-15.
49. Лапина Н., Чирикова А. Стратегии региональных элит: экономика, модели власти, политический выбор. М.: ИНИОН РАН, 2000.
50. Лапина Н., Чирикова А. Регионы-лидеры: Регионы-лидеры и политическая динамика. М: Изд-во Института социологии РАН, 2002.
51. Лисицин Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение / Лисицин Ю.П., Полунина Н.В. – М.: Медицина, 2002. – 416с.
52. Михайлова Ю.В. Сложность внедрения обязательного медицинского страхования в Российской Федерации / Ю.В. Михайлова, Т.А. Сибурина // Российский медицинский журнал. – 1996. – №4. – С.11-15.
53. Мачульская Е.Е. Обязательное медицинское страхование: некоторые итоги / Е.Е. Мачульская // Практический журнал для руководителей и менеджеров. – 2001. – №4.

54. Методические рекомендации по порядку формирования и экономического обоснования территориальных программ государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью. Утверждены Минздравом РФ и Федеральным фондом ОМС по согласованию с Минфином РФ 16.10.1998 // Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации. Сборник законодательных актов и нормативных документов, регламентирующих обязательное медицинское страхование в Российской Федерации. Том 8. М.: Федеральный фонд ОМС, 1999, С. 204-237.

55. Методические рекомендации по порядку формирования и экономического обоснования территориальных программ государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью на 2000 год. Утверждены Минздравом РФ и Федеральным фондом ОМС по согласованию с Минфином РФ 17.01.2000.

56. *Морозова Е.А.* Участие населения в оплате медицинских и образовательных услуг / Е.А. Морозова, Д. Ибрагимова, М. Красильникова, Л. Овчарова // Мониторинг общественного мнения: экономические и социальные перемены. – 2000. – № 2(46). – С. 38.

57. *Мирский М.Б.* Государственная медицина - оптимальная модель и ценнейшее достояние отечественного здравоохранения / М.Б. Мирский: материалы конф. историков медицины. – М., 2003.

58. *Муфтиева Г.Х.* Медико-организационные и экономические основы развития платных услуг в здравоохранении / Г.Х. Муфтиева – Уфа: ООО «ДизайнПолиграфСервис», 2004. – 212с.

59. *Макконел К.-Р., Брю С.-Л.* Экономика. Т.1. – М., 1992. С. 79-80.

60. Неформальные платежи за медицинскую помощь в России. Серия «Научные доклады: независимый экономический анализ». № 142. М.: Московский Общественный научный фонд, независимый институт социальной политики, 2003.

61. «Основные направления социально-экономической политики Правительства Российской Федерации на долгосрочную перспективу», одобренных Правительством Российской Федерации от 28 июня 2000г.

62. Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 г. N 5487-1(с изменениями от 2 марта 1998 г., 20 декабря 1999 г., 2 декабря 2000 г.).

63. Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации. Сборник законодательных актов и нормативных документов,

регламентирующих обязательное медицинское страхование в Российской Федерации. Том 8. М.: Федеральный фонд ОМС, 1999, С. 48-49.

64. Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации. Сборник законодательных актов и нормативных документов, регламентирующих обязательное медицинское страхование в Российской Федерации. Том 10. М.: Федеральный фонд ОМС, 2000, С. 178-179.

65. Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации в 2003 г.: аналитические и статистические материалы. М.: Федеральный фонд ОМС, 2004.

66. Постановление Правительства РФ о федеральной и целевой программе №625 от 20.08.2002. «Социально-экономическое развитие Республики Башкортостан до 2006 года».

67. Постановление Кабинета министров РБ от 26 февраля 1999 г. №50 «О программе структурной перестройки экономики Республики Башкортостан на 1999 год, на 2000-2005 годы и на период до 2010 года».

68. Программа социально-экономического развития Российской Федерации на среднесрочную перспективу (2002-2004 годы) (утв. распоряжением Правительства РФ от 10.07.2001. №910-р).

69. Послания Президента Республики Башкортостан народу и Государственному Собранию – Курултаю – Республики Башкортостан от 22 мая 2003г. «Сильное социальное государство - в интересах человека и общества» (О положении в республике и основных направлениях ее развития в 2003 году).

70. Послания Президента Республики Башкортостан народу и Государственному Собранию – Курултаю – Республики Башкортостан от 27 апреля 2004г. «Время требует новых решений» (О положении в республике и основных направлениях ее развития в 2004 году).

71. Послания Президента Республики Башкортостан народу и Государственному Собранию – Курултаю – Республики Башкортостан от 19 мая 2005г. «Стратегия Башкортостана – созидание во благо народа» (О положении в республике и основных направлениях ее развития в 2005 году).

72. Постановление Правительства РФ от 20.08.2002 №625, распоряжение Правительства РБ от 31.12.2003 № 1304-р «Социально-экономическое развитие Республики Башкортостан до 2006 года».

73. *Подлужная М.Я.* Научное обоснование управления здравоохранением в регионе в условиях медицинского страхования// Бюл. НИИ им. Н.А. Семашко. 1994. №3. С.100-104.

74. Постановлением Госстандарта России от 3 января 2001 г. №2 утверждены «Правила сертификации лекарственных средств».

75. Постановление Правительства РФ от 30 июня 2004 г. №321 «Об утверждении положения о Министерстве здравоохранения и социального развития Российской Федерации (в ред. Постановления Правительства РФ от 31.12.2004 №904).

76. Постановлением Правительства Российской Федерации от 30 декабря 2005 г. №851 «Методика распределения субвенций из фонда компенсаций Федерального фонда обязательного медицинского страхования между субъектами Российской Федерации на финансирование выполнения учреждениями здравоохранения муниципальных образований, оказывающими первичную медико-санитарную помощь (а при их отсутствии – соответствующими учреждениями здравоохранения субъекта Российской Федерации), государственного задания по оказанию дополнительной медицинской помощи».

77. Положение о Совете при Президенте Российской Федерации по реализации приоритетных национальных проектов. Указ Президента Российской Федерации от 21 октября 2005 г. №1226 «О Совете при Президенте Российской Федерации по реализации приоритетных национальных проектов».

78. Постановление Правительства Российской Федерации «Об утверждении Положения о лицензировании фармацевтической деятельности» от 11 июля 2002 г. № 489.

79. Постановление Правительства Российской Федерации «Об утверждении Положения о лицензировании медицинской деятельности» от 4 июля 2002 г. № 499.

80. Постановления Госстандарта РФ от 24 мая 2002 г. № 36 (с изм. от 23.08.2002 №81) об утверждении «Правил проведения сертификации в Системе сертификации лекарственных средств Системы сертификации ГОСТ Р».

81. Положение Правительства РФ «О порядке направления финансовых средств Федерального фонда обязательного медицинского страхования на выравнивание финансовых условий деятельности территориальных фондов обязательного медицинского страхования», регистрация в Минюсте России 19 марта 2002 года №3307.

82. Постановление Правительства РФ от 20.08.2002 №625 «Социально-экономическое развитие Республики Башкортостан до 2006 года».

83. Приказ Минздрава РФ от 27.08.1999 №337 «О номенклатуре специальностей в учреждениях здравоохранения РФ» «Номенклатура (классификатор) специальностей специалистов высшего медицинского и фармакологического образования в учреждениях здравоохранения Российской Федерации»

84. Приказ Минздрава РФ №542, ФФОМС №58 от 13.11.2003 «Об утверждении отчетной формы №62».

85. Постановление Правительства РФ от 31.12.2003 №807 «О финансировании в 2004 году дополнительных платежей на обязательное медицинское страхование неработающих пенсионеров, получающих трудовую пенсию по старости».

86. Постановление Правительства РФ № 1096 от 11.09.1998. «Об утверждении программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи» (в ред. Постановлений Правительства РФ от 26.10.1999 №1194, от 29.11.2000 №907, от 24.07.2001 №550).

87. Постановление Правительства РФ от 05.11.1997 № 1387 «О мерах по стабилизации и развитию здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации» (вместе с «Концепцией развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации»).

88. Постановление Правительства Российской Федерации от 13 января 1996 года №27 «Правила предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями».

89. Постановление Правительства РБ от 11 февраля 2005 года №19 «Об утверждении программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи гражданам в Республике Башкортостан на 2005 год» (в ред. Постановления Правительства от 04.05.2005 №75).

90. Постановление Правительства РФ от 26 ноября 2004 года №690 «О программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2005 год».

91. *Поляков И.В., Петухова В.В., Андреева Е.Н.* История вопроса: медицинское страхование и обоснование выбора путей развития здравоохранения в России / И.В. Поляков // Медицинское страхование. – 1995. – №2.

92. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 17.01.2005г. №84 «О порядке осуществления деятельности врача общей практики (семейного врача)».

93. Регионы России. Социально-экономические показатели. 2004: стат. сб. / Госкомстат России. М., 2004.
94. Распоряжение Правительства РФ №1072-р от 26.07.2000. «План действий Правительства Российской Федерации в области социальной политики и модернизации экономики на 2000-2001 годы».
95. Российский статистический ежегодник 2002: Статистический сборник/ Госкомстат России. – М., 2002. 642с.
96. Решение Российской трехсторонней комиссии по регулированию социально-трудовых отношений от 22.11.2005. №10 «Единые рекомендации по системам оплаты труда работников организаций, финансируемых из федерального, регионального и местных бюджетов на 2006 год».
97. Россия в цифрах. 2000: Крат. стат. сб. /Госкомстат России. М., 2000. С. 26-34.
98. Россия в цифрах. 2004: Крат. стат. сб. / Федеральная служба государственной статистики. - М., 2004. С. 53, 213, 216, 220.
99. *Ризванова М.А.* Инвестиционные процессы в регионах / М.А. Ризванова // Высшая школа в условиях модернизации образования в России: мат-лы ежегод. науч.-прак. конф. ВЭГУ.– Уфа: Восточный университет, 2003.– С 32-38.
100. *Ризванова М.А.* Особенности и проблемы реализации региональной социальной политики / М.А. Ризванова // Грани познания: сб. науч. труд. – Уфа: Восточный университет, 2004.– №5. – С. 42-50.
101. *Ризванова М.А.* Основные принципы финансирования социальной политики / М.А. Ризванова // Экономическая теория: исторические корни, современная роль и перспективы развития: мат-лы меж. симпозиума – М.: Изд-во МГУ им. М.В. Ломоносова, 2004. – С.100-108.
102. *Ризванова М.А.* К проблеме оценки индекса развития человеческого потенциала и его факторов / М.А. Ризванова // Региональная экономика: сб. труд. молодых ученых и экономистов – Уфа: Гилем, 2005. – Вып. 4. – С. 160-169.
103. *Ризванова М.А.* Перспективы реформирования системы финансирования здравоохранения / М.А. Ризванова // Теория и практика программного развития регионов: мат-лы всерос. науч.-практ. internet-конф. – Уфа: Гилем, 2004. – С. 335-337.
104. Социальная политика: Учебник/ под общ. ред. *Н.А. Волгина*. – М.: Экзамен, 2003. – 736с.

105. Сборник основных показателей состояния здоровья населения и деятельности лечебно-профилактических учреждений города за 2003 год / Управление здравоохранения администрации г. Уфы, 2003. 58с.
106. Сборник основных показателей состояния здоровья населения и деятельности лечебно-профилактических учреждений города за 2004 год / Управление здравоохранения администрации г. Уфы, 2004. 60с.
107. Социальное положение и уровень жизни населения России. 2004: Стат.сб. / Росстат. – М., 2004. – 509 с.
108. Сборник нормативно методических документов по переводу на новые условия хозяйствования учреждений здравоохранения. М.: МЗ СССР, 1989.
109. Счета здравоохранения России в 1994-1999 гг.. М.: Фонд «Российское здравоохранение», 2000.
110. *Салтман Р.Б.* Реформы системы здравоохранения в Европе. Анализ современных стратегий / Р.Б. Салтман, Дж. Фигейрас; пер. с англ. кого? – М: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 2000. – 432с.
111. *Селезнева В.Д.* Экономические основы воспроизводства здоровья населения в условиях переходной экономики / В.Д. Селезнева, И.В. Полякова – СПб.: Сударыня, 1996. – 80с.
112. Социально-экономическое положение Республики Башкортостан в 2003 году/ Комитет государственной статистики Республики Башкортостан. Уфа, 2002, С.10.
113. Сборник законодательных актов и нормативных документов, регламентирующих обязательное медицинское страхование в Российской Федерации. Том 1. М.: Федеральный фонд ОМС, 1995.
114. *Сидорина Т.Ю.* Государственная социальная политика и здоровье россиян. К анализу затрат домохозяйств на здравоохранение / Т.Ю. Сидорина, Н.В. Сергеев // Мир России. – 2001. – №2.
115. Смехов Б.Н. Методы оптимизации народнохозяйственного плана / Б.Н. Смехов, Я.Н. Урисон. – М.: Экономика, 1976.– 197 с.
116. Сборник законодательных актов и нормативных документов Российской Федерации и Республики Башкортостан по обязательному медицинскому страхованию. Под ред. Р.Х. Ахметова, В.Д. Пермякова, Уфа, 2001. 400с.
117. Совершенствование управления системой здравоохранения в Российской Федерации. М.: Теис, 2001; Russian Federation: Support to Public Health Management. Moscow: TEIS, 2001.

118. *Солодкий В.А.* К вопросу о нормативах минимальной бюджетной обеспеченности здравоохранения / В.А. Солодкий, Д.Р. Шилаев, К.Ю. Лакунин // Вестник обязательного медицинского страхования. – 2000. – №3.

119. *Стародубов В.И.* Концепция реформы управления и финансирования здравоохранения Российской Федерации / В.И. Стародубов, Р.М. Зелькович, Л.Е. Исакова // Экономика здравоохранения. – 1996. – №10-11. – С.10-34.

120. *Торгунов И.А.* Специфика и особенности российской модели обязательного медицинского страхования / И.А. Торгунов // Экономика здравоохранения. – 2002. – №5. – С. 36-40.

121. *Трушкина Л.Ю.* Экономика и управление здравоохранением: учебное пособие / Л.Ю. Трушкина, Р.А. Тлепцеришев, А.Г. Трушкин, Л.М. Демьянова. – Ростов н/Д: Феникс, 2003. – 384с.

122. *Тищук Е.А.* Некоторые вопросы состояния здоровья населения Российской Федерации / Е.А. Тищук // Здоровье и общество. – 2001. – №1. – С.7.

123. Федеральный закон от 22 августа 2004 г. N 122-ФЗ «О внесении изменений в законодательные акты Российской Федерации и признании утратившими силу некоторых законодательных актов Российской Федерации в связи с принятием федеральных законов «О внесении изменений и дополнений в Федеральный закон «Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации» и «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации» (с изменениями от 29 ноября, 21, 29, 30 декабря 2004 г., 1 апреля 2005 г.).

124. Федеральный закон от 6 декабря 2003 года №155-ФЗ «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2004 год».

125. Федеральный закон от 31 декабря 2002 года №188-ФЗ «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2003 год».

126. Федерального закона от 13.08.2003 №40 «Об исполнении бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования за 2002 год».

127. *Финченко А.Ф.* Обязательное медицинское страхование в системе национального здравоохранения России / А.Ф. Финченко, В.И. Денисов // Здравоохранение Российской Федерации. – 1993. – №10.

128. *Холостова Е.И.* Социальная политика: учеб. пособие / Е.И. Холостова. – М.: ИНФРА-М, 2001. – 204с.

129. Репродуктивный потенциал населения региона: состояние, тенденции, перспективы / Коллектив авторов под руководством д.э.н., профессора В.А. Ильина. – Вологда: ВНКЦ ЦЭМИ РАН, 2005. – 208с.: ил.

130. *Щетинина М.* Гарантии – это святое / М. Щетинина // Медицинский вестник. – 1999. – №19 (134).

131. *Шейман И.М.* Бюджетно-страховая система здравоохранения: Основные характеристики и методы построения / И. М. Шейман. – Можайск, 1993. – 128с.

132. **www.who.dk-** официальный сайт Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ).

133. www.cpc.unc.edu/rhms/- Совместный проект Института социологии РАН, Института питания РАМН и Университета Северной Каролины (США) «Российский мониторинг экономического положения и здоровья населения» (РМЭЗ), проводившегося в России в 1992-2000гг.

134. Национальный доклад о развитии человеческого потенциала в Российской Федерации за 2003-2004 годы. Human Development Report 2004// **http: // hdr. undp.org. / reports/ global / 2004**

135. **www.gks.ru-** официальный сайт Федеральной службы государственной статистики Российской Федерации.

136. Приказ Министерства здравоохранения РБ № 543-Д, Республиканского фонда обязательного медицинского страхования РБ №161-Д от 21.06.2004. «О проведении эксперимента финансирования амбулаторно-поликлинических учреждений по врачебным посещениям (вместе с «Талоном амбулаторного пациента», «Отчетом о деятельности амбулаторно-поликлинического учреждения» и др.)»

137. *Гизатуллин Х.Н.* 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.– С. 19-22.