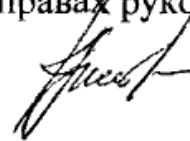


Самарский государственный экономический университет

04200953372

На правах рукописи



КУЗНЕЦОВА АННА ВЯЧЕСЛАВОВНА

**Стратегическое управление
услугами системы здравоохранения**

Специальность 08.00.05 – Экономика и управление народным
хозяйством: экономика, организация и
управление предприятиями,
отраслями, комплексами сферы услуг

Диссертация на соискание ученой
степени кандидата экономических наук

Научный руководитель
доктор экономических наук,
профессор Сосунова Л.А.

Самара 2008

Содержание

Введение	3
Глава 1. Системный анализ состояния и развития сферы здравоохранения	9
1.1. Сфера здравоохранения как сложная социально-экономическая система ..	9
1.2. Тенденции и факторы развития услуг сферы здравоохранения РФ.....	26
1.3. Модели систем управления здравоохранением в зарубежных странах ...	43
Глава 2. Стратегическое планирование услуг системы здравоохранения	61
2.1. Постановка социально-экономических целей системы здравоохранения	61
2.2. Декомпозиционное представление основной цели сферы здравоохранения	84
2.3. Разработка стратегий развития услуг системы здравоохранения	105
Глава 3. Формы и методы управления развитием услуг регионального здравоохранения	122
3.1. Управление качеством услуг системы здравоохранения	122
3.2. Использование информационных технологий управления здравоохранением	139
3.3. Программно-целевой метод управления услугами регионального здравоохранения	151
Заключение	171
Библиографический список	176

Введение

Актуальность темы исследования. Ведущую роль в сохранении и укреплении здоровья граждан РФ играет система здравоохранения как социальная сфера национальной экономики, предоставляющая населению услуги в области охраны здоровья, обеспечивающая воспроизводство человеческого капитала на основе социальных гарантий.

Согласно ст. 41 Конституции РФ, медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений. Бюджетное финансирование здравоохранения призвано возместить затраты учреждений отрасли по предоставлению бесплатных медицинских услуг населению в соответствии с действующим социальным стандартом.

Реформа здравоохранения в России заметно отличалась от соответствующих реформ в странах Центральной и Восточной Европы. Проведенные зарубежными специалистами исследования показывают, что в настоящее время система здравоохранения, основанная на обязательном медицинском страховании, является наиболее эффективной с экономической точки зрения и позволяет добиться качественного медицинского обслуживания при сравнительно меньших затратах. В ряде стран сформировалась система обязательного медицинского страхования очень близкая к государственной. В настоящее время медицинское страхование является основным стержнем реформирования отечественной системы здравоохранения.

В экономико-социальном отношении переход на страховую медицину в России является объективной необходимостью, которая обусловлена социальной незащищенностью пациентов и работников отрасли, а также ее недостаточной технической оснащенностью. Для кардинального преодоления негативных явлений в сфере охраны здоровья необходим переход здравоохранения на путь страховой медицины. Медицинское страхование,

способствуя накоплению необходимых средств, а также формированию системы платной медицины, выступает как эффективный источник финансирования здравоохранения.

Российская реформа была менее продуманной, менее последовательной, сопровождалась более серьезными ошибками и проблемами. Вместо последовательного перехода от одной системы финансирования здравоохранения – бюджетной, к другой системе – страховой, получилось эклектичное сочетание элементов старой (бюджетной) и новой (страховой) систем финансирования здравоохранения.

Основные положительные изменения в обеспечении доступности и качества услуг сферы здравоохранения, улучшении их финансирования связаны с реализацией приоритетного национального проекта «Здоровье». Разработана государственная политика реализации конституционных гарантий и прав граждан Российской Федерации на основе посланий Президента Российской Федерации Федеральному Собранию Российской Федерации и Программы социально-экономического развития Российской Федерации на среднесрочную перспективу (2006-2008 годы), которая заключается в содействии улучшению демографической ситуации, росту уровня и качества жизни, улучшению здоровья, созданию условий для достойного труда и продуктивной занятости, усилению социальной защиты уязвимых групп населения.

Рост эффективности использования ресурсов в здравоохранении требует научно-методического обоснования и разработки основных положений концепции развития сферы здравоохранения РФ на период 2008-2011 гг. на основе современных методов исследования сложных социально-экономических систем.

Основные положения экономики, организации и управления предприятиями сферы услуг разработаны в трудах следующих отечественных ученых: В.П. Алферьева, Б.А. Аникина, Н.В. Афанасьевой, А.Г. Белоусова, В.В. Бокова, А.М. Гаджинского, Е.А. Голикова, М.П. Гордона, Е.В. Демченко,

В.В. Дыбской, М.Е. Залмановой, А.В. Зырянова, К.В. Инютиной, Л.Б. Миротина, Д.Т. Новикова, Б.К. Плоткина, О.Д. Проценко, Л.А. Сосуновой, В.И. Сергеева, С.М. Хаировой, Д.В. Черновой, Р.В. Шеховцова, В.В.Щербакова и др.

Однако недостаточно исследованы вопросы стратегического управления услугами здравоохранения, отсутствуют научно обоснованные цели и стратегии оказания услуг, экономико-математические методы и модели управления, что предопределило выбор темы диссертационной работы.

Целью диссертации является разработка теоретических положений по стратегическому управлению услугами здравоохранения и методических рекомендаций по реализации поставленных целей и разработанных стратегий.

В диссертации сформулированы и решены следующие задачи:

- исследована сфера здравоохранения как сложная социально-экономическая система;
- выявлены тенденции и факторы развития услуг сферы здравоохранения;
- проведен анализ моделей систем управления здравоохранением в зарубежных странах;
- осуществлена постановка социально-экономических целей системы здравоохранения;
- предложено декомпозиционное представление основной цели сферы здравоохранения;
- разработаны стратегии развития услуг системы здравоохранения.

Объектом исследования выступают предприятия сферы услуг здравоохранения Самарской области (ММУ Городская клиническая поликлиника №15, ММУ Городская поликлиника №10), потребители (пациенты), а также органы управления здравоохранением и страховые организации.

Предметом исследования является система управления здравоохранением, а также социально-экономические отношения,

складывающиеся между ее субъектами.

Научная новизна диссертации заключается в авторской постановке целей и задач исследования стратегического управления услугами здравоохранения, а также разработке методов управления. Основные положения научной новизны проведенного исследования:

- развиты теоретические положения исследования сферы здравоохранения как сложной социально-экономической системы;
- проведена классификация системы управления услугами сферы здравоохранения;
- выявлены тенденции и обоснованы факторы развития услуг сферы здравоохранения;
- установлены признаки идентификации национальных систем здравоохранения;
- разработаны карты целей и стратегий развития медицинских услуг;
- уточнена система управления качеством услуг системы здравоохранения;
- разработан метод оценки экономической эффективности внедрения электронных медицинских карт пациентов;
- предложены программные положения развития здравоохранения Самарской области.

Теоретической и методологической основами исследования являются труды зарубежных и российских ученых-экономистов по экономике и управлению сферой услуг, маркетингу, программные положения развития услуг здравоохранения. В работе использованы материалы научно-практических всероссийских, региональных и международных конференций, а также законы РФ, постановления Правительства РФ, Самарской области, нормативные и отраслевые документы, регулирующие организационно-экономическую деятельность сферы услуг здравоохранения.

Использованы научные методы экономического исследования, системного и ситуационного подходов, экономико-математического

моделирования процессов оказания услуг, математической статистики и теории вероятностей.

Теоретическая значимость исследования заключается в развитии теоретических положений стратегического управления сферой услуг здравоохранения, разработке программы развития системы здравоохранения.

Практическое значение результатов исследования заключается в том, что рекомендации и разработки автора могут быть использованы в практической деятельности органов управления системой здравоохранения федеральными, региональными и муниципальными лечебно-профилактическими учреждениями. Научно-практические рекомендации и предложения автора позволяют обеспечить эффективное стратегическое управление услугами системы здравоохранения.

Апробация работы и публикации. Наиболее значимые научные положения, результаты и выводы исследования докладывались и обсуждались на всероссийских, региональных и международных научно-практических конференциях, проходивших в г.о. Самара. По теме диссертационного исследования автором опубликовано 8 печатных работ общим объемом 2,4 п. л.

Структура и объем диссертационной работы. Структура диссертационной работы определяется поставленными целями и решаемыми задачами, состоит из введения, трех глав основного текста, заключения, библиографического списка. Содержание работы представлено на 189 страницах машинописного текста, включает 16 рисунков и 14 таблиц.

Во введении обоснованы актуальность исследования и разработанность проблемы. Сформулированы цели и задачи, определены предмет, объект и методы исследования, изложена научная новизна, теоретическая и практическая значимость, приведены сведения об апробации работы и публикациях автора.

В первой главе «Системный анализ состояния и развития сферы здравоохранения» рассмотрена сфера здравоохранения как сложная

социально-экономическая система, выявлены тенденции и факторы развития услуг сферы здравоохранения, проведен сравнительный анализ национальных систем здравоохранения.

Во второй главе «Стратегическое планирование услуг системы здравоохранения» проведена постановка и разработана карта стратегических целей системы здравоохранения, дано декомпозиционное представление основной цели здравоохранения, разработана карта стратегий развития услуг системы здравоохранения.

В третьей главе «Формы и методы управления развитием услуг регионального здравоохранения» уточнены основные положения и разработаны методы управления качеством услуг системы здравоохранения, предложено использование электронных медицинских карт пациентов в управлении деятельностью ЛПУ, разработаны программные положения управления услугами здравоохранения.

В заключении обобщаются результаты диссертационного исследования, делаются выводы и даются предложения по стратегическому управлению услугами системы здравоохранения.

Глава 1. Системный анализ состояния и развития сферы здравоохранения

1.1. Сфера здравоохранения как сложная социально-экономическая система

Исследование и проектирование (разработка) системы управления здравоохранением может осуществляться на основе различных теорий и методологических подходов, одними из которых являются теория систем и логистика как наука об оптимальном управлении экономическими потоками.

Системный подход – это направление методологии научного познания и социальной практики, в основе которого лежит исследование объектов как систем. К числу задач, решаемых теорией систем, относятся: определение общей структуры системы; организация взаимодействия между подсистемами и элементами; учет влияния внешней среды; выбор оптимальной структуры системы; выбор оптимальных алгоритмов функционирования системы.

Проектирование больших систем обычно делят на две стадии: макропроектирование (внешнее проектирование), в процессе которого решаются функционально-структурные вопросы системы в целом, и микропроектирование (внутреннее проектирование), связанное с разработкой элементов системы. Применительно к социально-экономическим системам внутреннее проектирование осуществляется лишь по отношению к организациям как самому низкому уровню управления, обладающему неделимой целостностью. Более детальная декомпозиция организации социально-экономической системы с целью исследования и проектирования ведет к потере целостности как основного ее свойства.

Известное определение системы как совокупности элементов, находящихся в отношениях и связях между собой определенным образом и образующих некоторое целостное единство, является лишь общим методологическим посылом и не позволяет решать практические вопросы анализа и синтеза социально-экономических систем.

Более плодотворным является определение системы как формальной

взаимосвязи между наблюдаемыми признаками и свойствами, данное М. Масаровичем и Я. Такахарой в «Общей теории систем». В последнее время в определение понятия системы наряду с элементами, связями, их свойствами и целями начинают включать наблюдателя, хотя впервые на необходимость учета взаимодействия между исследователем и изучаемой системой указал один из основоположников кибернетики У. Р. Эшби [70]. В зависимости от количества учитываемых факторов и степени абстрактности определение понятия «система» можно представить в следующей символической форме:

$$S = (PL, RO, RJ, EX, PR, DT, SV, RD, EF),$$

где PL – цели и планы, RO – внешние ресурсы, RJ – внутренние ресурсы, EX – исполнители, PR – процесс, DT – помехи, SV – контроль, RD – управление, EF – эффект.

В теории сложных систем важное методологическое значение имеют основные понятия, характеризующие строение систем и их функционирование. Элементом системы является простейшая неделимая ее часть. Ответ на вопрос, что является такой частью, может быть неоднозначным и зависит от цели рассмотрения объекта как системы, точки зрения на него или аспекта его изучения. Следовательно, элемент – это предел членения системы с точек зрения решения конкретной задачи и поставленной цели. Систему можно расчленить на элементы различными способами в зависимости от формулировки цели и ее уточнения в процессе исследования.

В качестве простейших и неделимых элементов социально-экономической системы сферы здравоохранения, в соответствии с целью и задачами настоящего исследования выступают государственные и муниципальные учреждения здравоохранения, а также частные организации, оказывающие платные услуги охраны здоровья. Безусловно, это не означает, что учреждения и организации не могут быть объектом применения системного подхода к их исследованию и проектированию (перепроектированию), если это диктуется целью системного анализа и

синтеза.

Основные типы учреждений системы здравоохранения как ее элементы определены в приказе Министерства здравоохранения Российской Федерации от 3 июня 2003 г. N 229 «О единой номенклатуре государственных и муниципальных учреждений здравоохранения».

Единая номенклатура государственных и муниципальных учреждений здравоохранения включает:

1. Лечебно-профилактические учреждения

1.1. Больничные учреждения

1.2. Клиники

1.3. Диспансеры (врачебно-физкультурный, кардиологический, кожно-венерологический, маммологический, наркологический)

1.4. Амбулаторно-поликлинические учреждения

1.5. Центры восстановительной терапии для воинов-интернационалистов, восстановительной медицины и реабилитации, гериатрический, диабетологический, наркологический, клинικο-диагностический, клинический, патологии речи и нейрореабилитации

1.6. Учреждения скорой медицинской помощи и учреждения переливания крови

1.7. Учреждения охраны материнства и детства

1.8. Санаторно-курортные учреждения

2. Учреждения здравоохранения особого типа

2.1. Центры медицинской профилактики

2.2. Бюро медицинской статистики, патологоанатомическое (институт), судебно-медицинской экспертизы

2.3. Контрольно-аналитическая лаборатория

2.4. Военно-врачебная комиссия, в том числе центральная

2.5. Бактериологическая лаборатория по диагностике туберкулеза

3. Учреждения государственного санитарно-эпидемиологического надзора и гигиенического образования населения государственной санитарно-

эпидемиологической службы

3.1. Центры государственного санитарно-эпидемиологического надзора.

4. Аптечные учреждения

4.1. Аптека.

Использование теории логистики позволяет по-иному взглянуть на формирование элементов (субъектов) сферы здравоохранения. В этой связи важным методологическим подходом является представление системы здравоохранения как макрологистической системы. Макрологистическая система в широком смысле – это социально-экономическая система, субъекты которой объединены общими интересами оптимизации экономических потоков с целью минимизации издержек и затрат.

В настоящее время большое значение приобретает построение управления экономическими системами на основе логистического подхода, так как любой системе, в том числе и социально-экономической, присущи неопределенность и энтропия в области менеджмента, технологического процесса, сервиса, ресурсов, информации, финансов, которые значительно снижаются при образовании интегрированной системы управления [94, с. 141-145; 95, с. 16-22].

Многообразие сфер функционирования экономических систем является на настоящий момент одной из причин необходимости разделения их на составные части, определяемые как производственные системы и обеспечивающие их бесперебойное функционирование инфраструктурные системы, которые часто являются самостоятельными.

Сфера здравоохранения как система социальной, сервисной и институциональной инфраструктуры представляет собой социально-экономическую систему, субъекты которой имеют общую цель оптимизации экономических потоков с минимальными издержками и затратами.

Определение субъектов экономической системы здравоохранения связано, прежде всего, с установлением ее конфигурации, т.е. субъектов, формирующих входящие и исходящие материальные и сервисные потоки.

Финансовые и информационные потоки могут выходить за рамки конфигурации системы для обеспечения связи с внешней по отношению к ней средой.

Установление субъектов хозяйствования и управления экономической системы несколько отличается от общепринятого по расширительным признакам и конструктивным свойствам. К субъектам хозяйствования и управления относятся все организации (учреждения), а также потребители услуг, которые формируют процессы и оказывают управляющее воздействие, следуя своим интересам (целям).

Учитывая вышеизложенное, основные элементы (субъекты) макрологистической системы здравоохранения, формирующие товарно-материальные и сервисные потоки, могут быть представлены в следующей модели (см. рис. 1.1.1). На рисунке цифрами 1, 2, 3, 4, 5 указаны товарно-материальные потоки; 6, 7 – сервисные потоки.

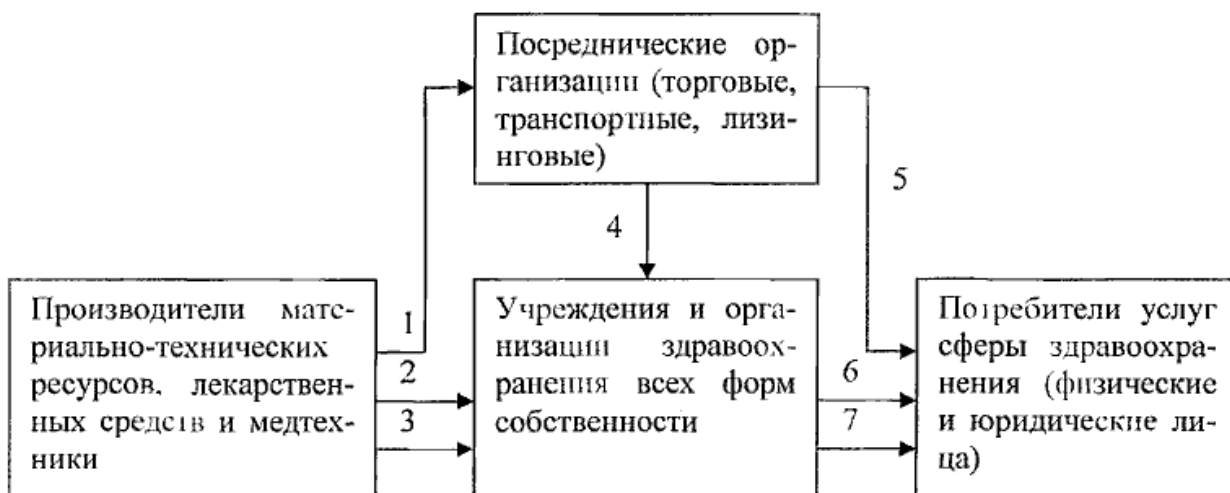


Рис.1.1.1. Макрологистическая система товарно-материальных и сервисных потоков здравоохранения

Включение в модель макрологистической системы здравоохранения субъектов, формирующих финансовые потоки позволяет расширить ее конфигурацию за счет фондов обязательного медицинского страхования,

страховых медицинских организаций в системах ОМС и ДМС, а также органов управления здравоохранением (см. рис. 1.1.2). На рисунке цифрами 8, 9, 10, 11 указаны финансовые потоки.



Рис. 1.1.2. Макрологистическая система товарно-материальных, сервисных и финансовых потоков здравоохранения

В теории систем и в логистике рассматриваются такие понятия как подсистема и структура системы. Считается, что возможность деления системы на подсистемы связана с вычленением совокупностей взаимосвязанных элементов, способных выполнять относительно независимые функции, подцели, направленные на достижение общей цели системы. Названием «подсистема» подчеркивается, что такая часть должна обладать свойствами системы (в частности, свойством целостности). Этим подсистема отличается от простой группы элементов, для которой не сформулирована подцель и не выполняются свойства целостности (для такой группы используется название «компоненты»).

Структура отражает наиболее существенные взаимоотношения между элементами и их группами (компонентами, подсистемами), которые мало

меняются при изменениях в системе и обеспечивают существование системы и ее основных свойств. Структура может быть представлена графически, в виде теоретико-множественных описаний, матриц, графов и других языков моделирования структур.

В макрологистической системе сферы здравоохранения можно выделить, используя разные классификационные признаки до 15 подсистем, различающихся по степени проявления свойства целостности.

Основные подсистемы макрологистической системы здравоохранения и признаки их идентификации:

1. По форме собственности можно выделить подсистемы здравоохранения государственной, муниципальной, частной и частно-государственной собственности. Последняя форма собственности используется в основном в системах здравоохранения зарубежных стран. Например, частно-государственное партнерство, введенное в канадской провинции Квебек, подразумевает, что если государственная больница может предоставить нужную услугу только через полгода, то для получения более своевременной помощи пациент может обратиться в частное медицинское учреждение, услуги которого будет оплачивать региональное правительство.

В китайском Шанхае построено 600 больниц, из которых 200 больниц либо уже управляются иностранным капиталом, либо имеют иностранных акционеров. В Астане (Казахстан) стартовала программа по построению кластеров современной медицинской помощи — началось строительство примерно 10 медицинских учреждений всех основных профилей. Для управления кластерами будут привлекаться иностранцы двумя способами: либо через вложение капитала, либо через управляющие компании.

2. По способу воспроизводства услуг сферы здравоохранения — рыночная и внерыночная подсистемы. В первом случае имеет место товарный обмен, во втором — прямой обмен. В постановлении Правительства Российской Федерации от 15 мая 2007 г. N 286 О Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной

медицинской помощи на 2008 год прямо указывается, что в рамках настоящей Программы бесплатно предоставляются:

- первичная медико-санитарная помощь;
- неотложная медицинская помощь;
- скорая медицинская помощь, в том числе специализированная (санитарно-авиационная);
- специализированная медицинская помощь, в том числе высокотехнологичная.

3. По уровню управления системой здравоохранения – федеральная, региональная и местная подсистемы. В Основах законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 г. №5487-1 (с последними изменениями от 24 июля 2007 г.) установлены полномочия федеральных органов государственной власти, органов государственной власти субъектов РФ и компетенция органов местного самоуправления. В частности, к полномочиям федеральных органов государственной власти относятся:

- принятие и изменение федеральных законов в области охраны здоровья граждан и контроль за их исполнением;
- регулирование и защита прав и свобод человека и гражданина в области охраны здоровья;
- установление основ государственной политики в области охраны здоровья граждан, разработка и реализация федеральных программ по развитию здравоохранения, профилактике заболеваний, оказанию медицинской помощи, медицинскому образованию населения и другим вопросам в области охраны здоровья граждан;
- управление федеральной государственной собственностью, используемой в области охраны здоровья граждан;
- природопользование, охрана окружающей природной среды, обеспечение экологической безопасности;
- организация и обеспечение государственного санитарно-

эпидемиологического надзора, разработка и утверждение нормативных правовых актов в указанной сфере;

- организация системы санитарной охраны территории Российской Федерации;

- установление стандартов медицинской помощи и контроль за их соблюдением; разработка и утверждение программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, включающей в себя базовую программу обязательного медицинского страхования; установление тарифа страховых взносов на обязательное медицинское страхование граждан Российской Федерации;

- координация деятельности органов государственной власти, хозяйствующих субъектов, субъектов государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения в области охраны здоровья граждан; охрана семьи, материнства, отцовства и детства.

К полномочиям органов государственной власти субъектов Российской Федерации относятся:

- принятие законодательных и иных правовых актов, контроль за их соблюдением и исполнением, законодательная инициатива в области охраны здоровья граждан;

- защита прав и свобод человека и гражданина в области охраны здоровья;

- разработка и реализация программ по развитию здравоохранения, профилактике заболеваний, оказанию медицинской помощи, медицинскому образованию населения и другим вопросам в области охраны здоровья граждан;

- установление структуры органов управления государственной системы здравоохранения субъектов Российской Федерации, порядка их организации и деятельности; развитие учреждений здравоохранения субъектов Российской Федерации; их материально-техническое обеспечение;

- разработка и утверждение территориальных программ

государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, включающих в себя территориальные программы обязательного медицинского страхования; установление порядка и объема предоставляемых отдельным группам населения мер социальной поддержки в оказании медико-социальной помощи и лекарственном обеспечении;

- координация деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации, хозяйствующих субъектов, субъектов государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения в области охраны здоровья граждан; охрана семьи, материнства, отцовства и детства.

К ведению органов местного самоуправления в вопросах охраны здоровья граждан относятся:

- контроль за соблюдением законодательства в области охраны здоровья граждан;

- защита прав и свобод человека и гражданина в области охраны здоровья;

- формирование органов управления муниципальной системы здравоохранения; развитие учреждений муниципальной системы здравоохранения, определение характера и объема их деятельности; создание условий для развития частной системы здравоохранения; организация первичной медико-санитарной помощи в амбулаторно-поликлинических, стационарно-поликлинических и больничных учреждениях;

- охрана окружающей природной среды и обеспечение экологической безопасности в соответствии с законодательством Российской Федерации;

- регулярное информирование населения, в том числе через средства массовой информации, о распространенности социально значимых заболеваний и состояний, представляющих опасность для окружающих.

4. По виду инфраструктуры системы здравоохранения. Функционирование большинства инфраструктурных систем представляет

собой комплексный процесс, который предполагает осуществление практически всех основных аспектов деятельности (производственной, финансовой, закупочной, распределительной, транспортной, сервисной, информационной и др.).

Идентификация инфраструктурной системы предполагает: определение границ инфраструктуры как объекта анализа в виде адаптивной макросистемы с внутренними и внешними связями; установление степени и характера влияния на функционирование системы инфраструктуры совокупности внутренних и внешних факторов; проведение типологии и классификации составляющих ее подсистем и институтов; определение институционального состава инфраструктуры.

В инфраструктурных системах можно выделить системы производственной инфраструктуры (заготовки, сбыт, грузовой транспорт, связь производственной сферы и т.д.), системы социальной инфраструктуры (торговля и общественное питание, жилищно-коммунальное хозяйство и бытовое обслуживание, пассажирский транспорт, здравоохранение и социальное обеспечение, физическая культура, искусство, образование, культура и т.д.), системы институциональной и деловой инфраструктуры (управление, общественные и партийные организации, банки и страховые организации, инвестиционные и паевые фонды, наука и научное обслуживание и т.д.).

Таким образом, система здравоохранения, являясь логистической системой социальной инфраструктуры в целом, может быть представлена не только социальной, но также производственной, институциональной и деловой подсистемами.

5. По виду потоковых процессов – товарно-материальная, сервисная, финансовая, информационная подсистемы. Все указанные подсистемы показаны на рис. 1.1.1. и 1.1.2. Подсистема информационных потоков в целом совпадает по субъектному признаку с последней подсистемой, но требует включения органов законодательной власти, формирующих нормативно-

правовые потоки, а также все прочие организации деловой, производственной и институциональной инфраструктуры.

6. По основным группам услуг системы здравоохранения можно выделить следующие подсистемы: медицинская, санитарно-эпидемиологическая, санаторная, санитарно-просветительская, врачебно-физкультурная, судебно-медицинской экспертизы, патологоанатомическая, переливания крови, планирования семьи и репродукции, домов ребенка, хосписов, молочных кухонь.

7. По источникам финансирования – бюджетная, страховая обязательная, страховая добровольная, платная подсистемы. В соответствии с постановлением Правительства РФ от 15 мая 2007 г. №286 О программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2008 год указывается, что медицинская помощь на территории Российской Федерации предоставляется за счет средств обязательного медицинского страхования и средств бюджетов всех уровней [73].

За счет средств обязательного медицинского страхования в соответствии с базовой программой обязательного медицинского страхования предоставляется первичная медико-санитарная, неотложная и специализированная медицинская помощь.

За счет средств федерального бюджета предоставляются:

- специализированная медицинская помощь, оказываемая в федеральных медицинских учреждениях, перечень которых утверждается Правительством Российской Федерации;
- высокотехнологичная медицинская помощь, оказываемая в специализированных медицинских организациях в соответствии с установленным государственным заданием и в порядке, определяемом Правительством Российской Федерации;
- медицинская помощь, предусмотренная федеральными законами для определенных категорий граждан, оказываемая в соответствии с

установленным государственным заданием и в порядке, определяемом Правительством Российской Федерации и т.д.

За счет средств бюджетов субъектов Российской Федерации предоставляются:

- специализированная (санитарно-авиационная) скорая медицинская помощь;
- специализированная медицинская помощь.

За счет средств местных бюджетов (за исключением муниципальных образований, медицинская помощь населению которых в соответствии с законодательством Российской Федерации осуществляется уполномоченным федеральным органом исполнительной власти) предоставляются:

- скорая медицинская помощь (за исключением специализированной санитарно-авиационной);
- первичная медико-санитарная помощь;
- неотложная медицинская помощь;
- медицинская помощь, оказываемая женщинам в период беременности, во время и после родов, а также детям при отдельных состояниях, возникающих у них в перинатальный период.

Добровольное медицинское страхование в отличие от обязательного предназначено для финансирования оказания медицинской помощи сверх социально гарантированного объема. Программы добровольного медицинского страхования охватывают мероприятия, расширяющие возможности и улучшающие условия оказания профилактической, лечебно-диагностической, реабилитационной помощи.

Фонды добровольного медицинского страхования образуются за счет страховых взносов предприятий и организаций, страховых взносов различных групп населения и отдельных граждан.

При коллективном страховании в качестве страхователя выступают предприятия, организации и учреждения, которые заключают договор со страховой организацией по поводу страхования своих работников или иных

физических лиц. При индивидуальном страховании в качестве страхователя выступают граждане, которые заключают договор со страховой организацией по поводу страхования себя или другого лица за счет собственных средств. Объем программы предоставления медицинских услуг, возможность выбора условий получения медицинской помощи и другие условия добровольного медицинского страхования регламентируются договором (страховым полисом).

В соответствии с законом Российской Федерации от 28 июля 1991 года № 1499-1 (в редакции от 29.05.2002 № 57-ФЗ) «О медицинском страховании граждан» страховые компании должны осуществлять посреднические функции между гражданами, нуждающимися в страховой помощи с одной стороны, и медицинскими учреждениями с другой [36]. Считается, что система отношений больной – страховая фирма – медицинское учреждение – врач, способна более надежно защищать не только интересы больных, но и доходы медицинских учреждений. Объектом добровольного медицинского страхования является страховой риск, связанный с затратами на оказание медицинской помощи при возникновении страхового случая. Размер страховой суммы определяется исходя из среднелечебной стоимости и средней продолжительности лечения застрахованного. В случае потери здоровья в связи с заболеванием или несчастным случаем, страховая организация оплачивает счета лечебно-профилактических учреждений, исходя из фактического количества дней лечения застрахованного и по установленному набору оказанных медицинских услуг, прилагаемому к договору с лечебно-профилактическим учреждением.

Статья 2 Закона «О медицинском страховании граждан» определяет состав субъектов медицинского страхования:

- застрахованные граждане – объекты страхования (застрахованная сторона);
- страхователи – предприятия, учреждения, организации, лица свободных профессий, предприятия представляющие интересы граждан, а

также общественные, благотворительные организации и фонды;

- страховщики – страховые организации, имеющие статус юридического лица и государственное разрешение (лицензию) на право заниматься медицинским страхованием. Страховые организации аккумулируют финансовые средства, создают за счёт страховых взносов фонды медицинского страхования и осуществляют оплату медицинской помощи, предоставленной застрахованной стороне;

- медицинские учреждения, оказывающие помощь на средства медицинского страхования, имеющие государственную лицензию, получение которой регламентируется статьей 21 настоящего закона, прошедшие аккредитацию, независимо от форм собственности, строящие свою деятельность на основе договора со страховой организацией;

- лица, осуществляющие медицинскую деятельность на основании выданных патентов (что определяется отдельно действующими законодательными актами) и имеющие соответствующий договор со страховыми медицинскими организациями.

В соответствии со статьей 14 «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан» к частной системе здравоохранения относятся лечебно-профилактические и аптечные учреждения, имущество которых находится в частной собственности, а также лица, занимающиеся частной медицинской практикой и частной фармацевтической деятельностью [71]. В частную систему здравоохранения входят медицинские и другие организации, создаваемые и финансируемые юридическими и физическими лицами за счет выручки от реализации услуг здравоохранения.

Большое значение в теории систем и логистических системах придается их свойствам, или, как считают другие исследователи, закономерностям функционирования и развития систем. К основным свойствам (закономерностям) сложных социально-экономических систем принято относить целостность, интегративность, коммуникативность, иерархичность, эквифинальность, адаптивность, закон необходимого разнообразия,

закономерности целеобразования (зависимость представления о цели и формулировки цели от стадии познания объекта, процесса; зависимость цели от внутренних и внешних факторов; возможность сведения задачи формирования основной цели к задаче ее структуризации). Существуют также и другие свойства сложных систем, являющиеся развитием (продолжением) указанных свойств.

Логистические системы имеют, кроме перечисленных, следующие свойства [70]:

- сопряженность, включая сопряженность технологическую (между звеньями логистических цепей), организационную (между логистическими цепями и каналами) и экономическую (между участниками системы);
- дифференцированность, т.е. способность каждой подсистемы самостоятельно выполнять свои логистические функции и операции;
- автономность подсистем (элементов), конечно, относительная, так как полная автономия исключает существование системы. Это свойство позволяет отдельным элементам (подсистемам) данной логистической системы входить одновременно в состав других логистических систем;
- паллиативность, т.е. сочетание разнородных элементов, обеспечивающих движение различных экономических потоков;
- инерционность – отдаленность во времени результатов принимаемых в данный момент управленческих решений;
- стохастичность – вероятностный характер реализации (результатов) принимаемых решений, что требует использования, например, в экономико-математических моделях анализа, прогнозирования элементов математической статистики и теории вероятностей;
- вариабельность – способность формировать различные варианты поведения для достижения поставленной цели, т.е. многовариантность направлений развития макрологистических систем;
- рациональность, т.е. возможность принимать любые управленческие решения, способствующие достижению поставленных целей.

Проведенный анализ системы здравоохранения позволяет предложить следующую классификацию основных признаков ее идентификации (см. табл. 1.1.1).

Таблица 1.1.1

**Классификация признаков идентификации
систем управления услугами сферы здравоохранения**

Классификационные признаки	Классификационные группы
Форма собственности	Государственная, муниципальная, частная, частно-государственное партнерство
Способ воспроизводства услуг	Рыночный, внерыночный
Вид обмена	Платный (товарный), бесплатный (прямой)
Уровень управления	Федеральный, региональный, местный
Метод управления	Директивный, индикативный, самоуправление
Тип управления	Предметный, функциональный, процессный, агрегативно-декомпозиционный
Технология управления	Централизованная, децентрализованная, смешанная
Вид инфраструктуры	Производственная, социальная, институциональная, деловая
Подходы к управлению	Системный, процессный, ситуационный, логистический
Источник финансирования	Бюджет, страховой фонд, выручка
Метод управления риском	Уклонение, компенсация, гарантия, распределение и передача (страхование)
Группа оказываемых услуг	Медицинские, санитарно-эпидемиологические, санаторные, санитарно-просветительские, лечебно-физкультурные, судебно-медицинской экспертизы, патологоанатомические, переливания крови, планирования семьи и репродукции, домов ребенка, хосписов, молочных кухонь
Принцип сегментации потребителей	Половозрастной, профессиональный, городской, сельский, индивидуальный, корпоративный, класс болезней (МКБ-10)

Следует заметить, что представленный перечень классификационных признаков идентификации систем здравоохранения не является исчерпывающим и может быть дополнен общесистемными признаками: по

виду формализованного аппарата представления систем (детерминированные и стохастические), по типу целеустремленности (открытые и закрытые), по сложности структуры и поведения (простые и сложные), по степени организованности (хорошо и плохо организованные, диффузные), по принадлежности к управляемой и управляющей подсистемам и т.д.

1.2. Тенденции и факторы развития услуг сферы здравоохранения РФ

Периодизация реформирования системы здравоохранения РФ в постсоветский период, выделение этапов ее развития в отечественной научной литературе по существу отсутствуют. Это объясняется незначительным по мировым масштабам периодом реформирования такой сложной социально-экономической системы, какой является сфера здравоохранения, а также проведением ее преобразования в первые годы рыночного реформирования национальной экономики в целом. Однако за последние 17 лет можно выделить основные периоды и даты эволюционного развития сферы здравоохранения и оказываемых услуг.

Началом реформирования системы здравоохранения РФ является принятие в 1991 году закона «О медицинском страховании граждан РФ» №1499-1. Система медицинского страхования, предусмотренная этим законом, состояла в следующем: финансирование здравоохранения должно происходить за счет обязательных и добровольных страховых взносов. Обязательное медицинское страхование (ОМС) работающих осуществляется за счет платежей предприятий, а не работающих – за счет бюджетных ассигнований. Объем и условия оказания бесплатной медицинской помощи в рамках ОМС определяются Базовой программой ОМС. Медицинская помощь, оказываемая населению, оплачивается негосударственными страховыми медицинскими организациями. Включение частных страховых компаний должно было ввести элементы свободного рынка и конкуренции потребителей в систему медицинского страхования.

Разделение производителей и потребителей медицинских услуг,

появление независимых от медицинских учреждений посредников между ними и населением, экономически заинтересованных в предоставлении услуг, конкуренция между страховщиками – все это должно было увеличить эффективность отечественного здравоохранения. В 1993 г. закон был дополнен положениями о создании федерального и территориального фондов ОМС. Их статус был определен как самостоятельные некоммерческие учреждения. Соучредителями этих учреждений являются органы представительной и исполнительной власти, соответственно, РФ и субъектов. При этом филиалам территориальных фондов ОМС временно предоставили право не только заключать договоры медицинского страхования со СМО, но и самим выполнять функции страховщиков и непосредственно взаимодействовать с медицинскими учреждениями.

За период 1993-1995 гг. платежи из бюджета на страхование неработающего населения соотносилось со страховыми взносами предприятий как 23-31:77-69. В то время как соотношение неработающего населения к работающему за тот же период составляло 55:45.

В результате реформы часть ресурсов здравоохранения стала формироваться за счет налоговых выплат (обязательных взносов юридических лиц на медицинское страхование) и отрасль получила более стабильный источник финансирования. Но реформа не оправдала ожиданий тех, кто рассчитывал на увеличение финансовых потоков в здравоохранение. За тот же период по статистическим данным объем финансирования здравоохранения за счет новых источников уменьшился по сравнению с 1993 г. на 9%, а к 1995г. по подсчетам некоторых экономистов уменьшение уже произошло на 26% [118, с. 125-128].

Произошло не дополнение бюджетного финансирования обязательными страховыми платежами, а частичное замещение одного другим. После введения ОМС соответствующая доля затрат в федеральном бюджете сокращалась. В то же время и местные власти стали уменьшать расходы на здравоохранение, мотивируя это появлением нового источника

финансирования – обязательных страховых взносов юридических лиц.

Определенная законом о медицинском страховании модель организации ОМС предусматривала, что в роли страховщиков выступают конкурирующие друг с другом СМО. Страховщики заключают договоры с работодателями на страхование работающих граждан и договоры с органами власти на страхование неработающего населения, выбирают медицинские организации и оплачивают услуги, предоставляемые застрахованным.

Главной задачей федеральных фондов ОМС является выравнивание финансовых условий деятельности территориальных фондов. Территориальные фонды ОМС финансируют страховые медицинские организации по подушевым нормативам в соответствии с договорами, заключенными страховщиками со страхователями.

Вместе с тем филиалам территориальных фондов ОМС с 1994 г. было разрешено выполнять функции страховщиков в системе ОМС. Таким образом, особенностью российской системы ОМС стало наличие двух типов страховщиков: страховых медицинских организаций и филиалов территориальных фондов ОМС. Первые, как правило, представляют собой негосударственные коммерческие организации. Вторые являются структурными подразделениями государственных финансово-кредитных учреждений – территориальных фондов ОМС.

Размеры финансирования здравоохранения не соответствовали потребностям в ресурсном обеспечении бесплатной медицинской помощи населению, гарантированной государством. Не оправдывались ожидания тех, кто рассчитывал на увеличение финансовых потоков в здравоохранение. Произошло не дополнение бюджетного финансирования обязательными страховыми платежами, а частичное замещение одного другим. В 1993 г. соотношение размеров этих финансовых потоков равнялось 85:15, в последующие годы оно стало 82:18.

Вместо последовательного перехода от одной системы финансирования здравоохранения к другой получилось эклектичное сочетание элементов

разных систем. Последовательность введения элементов медицинского страхования не была определена в законодательстве и оказалась в полной зависимости от позиции региональных властей. Минздрав России почти не занимался контролем за проведением реформы и соблюдением требований закона о медицинском страховании, а у федерального фонда ОМС не было для этого достаточных полномочий.

Финансирование медицинских организаций из двух источников по разным статьям расходов или даже по пересекающимся перечням статей расходов производится на основе разных принципов.

Бюджетное финансирование государственных и муниципальных ЛПУ осуществляется по смете расходов. Финансовые средства планируются и выделяются их получателю по статьям экономической классификации бюджетных расходов. Перечень этих статей включает расходы на оплату труда, начисления на фонд оплаты труда, приобретение медикаментов и перевязочных средств, мягкого инвентаря, продуктов питания, оплату горюче-смазочных материалов, прочих расходов материалов, затраты на командировки, оплату транспортных услуг, услуг связи, коммунальных услуг, оплату текущего ремонта зданий и оборудования, затраты на приобретение оборудования и предметов длительного пользования, на капитальный ремонт, на капитальное строительство и др. Размер финансовых средств рассчитывается в зависимости от категории и пропускной способности ЛПУ (число амбулаторно-поликлинических посещений, врачей за смену). Для обоснования требуемых средств по каждой статье используются нормативы штатного расписания и оплаты труда, нормативы расходов на питание больных и медикаменты, которые устанавливаются в расчете на показатели пропускной способности и дифференцируются по видам и категориям учреждений. Реально выделяемые ЛПУ средства определяются на основе сумм их финансирования в прошлый период по отдельным статьям и обоснования расходов, рассчитанных с использованием имеющихся нормативов.

В системе ОМС используются другие механизмы финансирования ЛПУ. Применяются методы оплаты, увязывающие размер финансирования с объемами оказываемой медицинской помощи.

Для амбулаторно-поликлинической помощи:

- оплата медицинских услуг по согласованным тарифам;
- оплата медицинских услуг, выраженных в баллах, по единой системе тарифов;
- оплата законченных случаев лечения по согласованным тарифам;
- финансирование по подушевому принципу на одного прикрепившегося к амбулаторно-поликлиническому учреждению.

Для стационарной помощи:

- финансирование стационара по смете расходов под согласованные объемы помощи;
- оплата по числу фактически проведенных пациентом койко-дней, дифференцированная по отделениям стационара;
- оплата за число пролеченных больных по средней стоимости лечения одного больного в профильном отделении;
- оплата за количество законченных случаев госпитализации по тарифам, дифференцированным в соответствии с клинико-статистическими группами или медико-экономическим стандартам.

Выбор методов оплаты не регламентируется федеральными органами и отдан на усмотрение субъектов РФ. Широкое распространение получили такие методы оплаты медицинской помощи, как оплата за отдельные услуги, за пролеченного больного, за число койко-дней и за законченный случай госпитализации.

Развитие сферы здравоохранения в 1995-2000 годах характеризуется сокращением бюджетных расходов в сопоставимых ценах на 13,6%. Региональные бюджеты стали выделять меньше средств на финансирование здравоохранения. Общая доля средств территориальных бюджетов, выделяемых на финансирование отрасли, сократилась за тот же период с 15,0

до 13,3% от расходов территориальных бюджетов (в среднем по России). Удельный вес бюджетных платежей за неработающее население, направляемых в территориальные фонды ОМС, составил в общих поступлениях в эти фонды в 2000 г. лишь 25,6%.

Положительные тенденции функционирования сферы здравоохранения приходятся на период 2000-2004 гг. Доля расходов на здравоохранение в совокупных расходах на оказание медицинских услуг возросла с 28,0 до 37,7%.

В 2003-2005 гг. после включения в состав участников финансирования в системе ОМС Пенсионного фонда Министерством здравоохранения и социального развития предпринимаются усилия по приведению региональных систем ОМС в соответствие с Законом о медицинском страховании, а территориальных тарифов на медицинские услуги – к одинаковой для всей Российской Федерации структуре.

Некоторому улучшению государственного финансирования услуг здравоохранения послужила практика разработки, начиная с 1998 года, программ государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи. Однако до 2006 года основные принципы, декларируемые программами, финансирование их реализации не выполнялись.

Самым заметным событием для развития сферы здравоохранения и, в целом, сферы социальных услуг является разработка осенью 2005 года и реализация приоритетного национального проекта в целях повышения доступности и качества медицинских услуг.

В рамках реализации указанной цели предусматривается решить следующие тактические задачи в 2008 год и на период до 2010 года:

- повышение эффективности функционирования систем здравоохранения;
- обеспечение доступности и качества медицинской помощи;
- улучшение состояния здоровья детей и матерей;

- обеспечение качественными и безопасными лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения.

Анализ эффективности функционирования системы здравоохранения РФ за 2005-2008 гг. и на период до 2010 г. с учетом ее целевых значений по показателям ожидаемая продолжительность жизни при рождении; объем амбулаторно-поликлинической помощи; объем стационарной помощи; объем помощи в дневных стационарах всех типов; объем оказанной скорой медицинской помощи; уровень госпитализации; длительность пребывания в круглосуточных стационарах; доля финансирования здравоохранения через систему ОМС в общем объеме государственного финансирования здравоохранения проведен в таблице 1.2.1 [64].

Таблица 1.2.1

Социально-экономические показатели системы здравоохранения

Показатели	Отчетный период			Плановый период			Целевое значение
	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008г.	2009 г.	2010 г.	
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, лет	65,3	66,7	67,5	68,0	68,3	68,5	70,5
Объем амбулаторно-поликлинической помощи, число посещений на 1000 населения	8900	9000	9800	11600	11110	11370	13000
Объем стационарной помощи, число койко-дней на 1000 населения	3094	3050	2900	2700	2500	2350	1500
Объем помощи в дневных стационарах всех типов, дней лечения на 1000 населения	415,7	413,4	419,2	438,1	457,8	467,6	700

Продолжение таблицы 1.2.1

Объем оказанной скорой медицинской помощи, количество вызовов на 1000 населения	363	361	341	325	313	301	250
Уровень госпитализации, на 100 человек населения	22,4	22,2	21,5	20,8	19,9	19,2	18,0
Длительность пребывания в круглосуточных стационарах, дней	13,8	13,6	13,1	12,5	12,0	11,6	10,0
Доля финансирования ОМС в общем объеме государственного финансирования, %	45	50	55	70	70	70	70

Как следует из данных таблицы за период 2005-2007 гг. ожидаемая продолжительность жизни населения РФ увеличилась с 65,3 до 67,5 лет, а к концу 2010 г. она должна составить 68,5 лет, целевое значение показателя – 70,5 лет, что соответствует средневропейскому уровню продолжительности жизни населения. Объем амбулаторно-поликлинической помощи за указанный период вырос с 8900 до 9800 числа посещений врачей на 1000 чел. населения РФ или на 110,1%, предусматривается увеличение этого вида медицинской помощи до 11370 посещений к 2010 г., целевое значение этого показателя – 13000, что составляет 132,7% к уровню 2007 г. Объем помощи в дневных стационарах всех типов за этот же период вырос незначительно с 415,7 до 419,2 дней лечения на 1000 чел. населения или на 100,8%, однако к 2010 г. предусматривается более существенный рост показателя до 467,6 дней лечения или на 111,5% по сравнению с уровнем 2007 г., целевое значение показателя – 700, что составляет уже 167,0%.

Динамику таких показателей эффективности функционирования системы здравоохранения, как объем стационарной помощи, скорой

медицинской помощи, уровень госпитализации и длительность пребывания в круглосуточных стационарах следует оценивать позитивно при снижении их количественных значений. Их значения за период 2005-2007 гг. составили, соответственно, 93,7, 93,9, 96,0 и 94,9%, а целевые значения по отношению к 2007 г. – 51,7, 73,3, 83,7 и 76,3%.

Одним из факторов роста конечных результатов и повышения эффективности функционирования отечественной системы здравоохранения и оказываемых населению услуг является постепенное увеличение доли ее финансирования через систему обязательного медицинского страхования в общем объеме государственного финансирования здравоохранения за указанный период с 45 до 55% и на перспективу до 70%.

Динамика показателей объема амбулаторно-поликлинической помощи (Р), стационарной помощи (N), помощи в дневных стационарах (К) и длительности пребывания в круглосуточных стационарах (Т) за период 2005-2011 гг. (последний год имеет целевой показатель) показана на рис. 1.2.1.

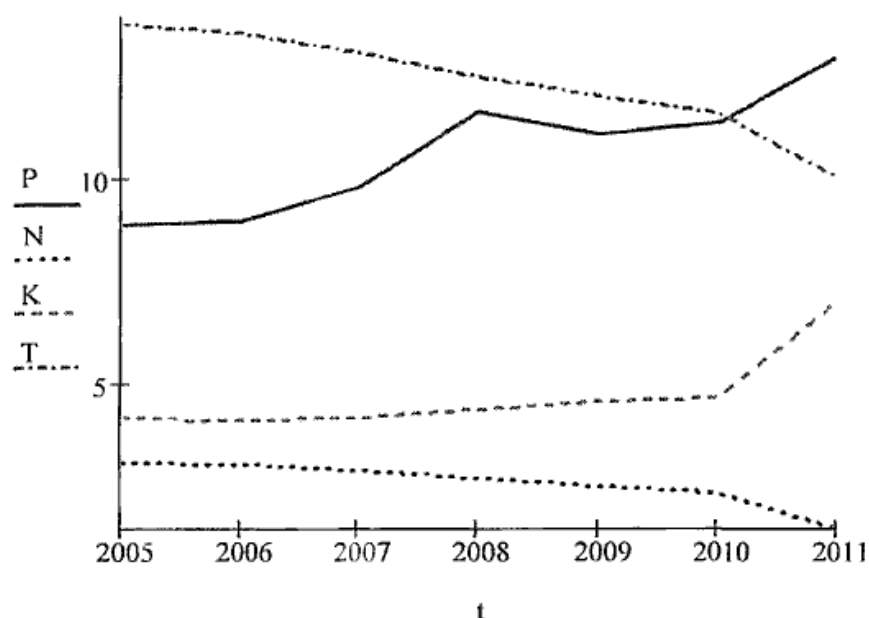


Рис. 1.2.1. Динамика социально-экономических показателей системы здравоохранения

Динамика показателей доступности и качества медицинской помощи

показана в таблице 1.2.2 [64].

Таблица 1.2.2

Показатели доступности и качества медицинской помощи

Показатели	Отчетный период			Плановый период			Целевое значение
	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008г.	2009 г.	2010 г.	
Средняя продолжительность жизни больных с хронической патологией, лет	10	11,5	12,5	13,5	14	14,5	15
Доля посещений к врачам, сделанных с профилактической целью, %	34	30	34	36	37	38	40
Подушевой норматив бесплатной медицинской помощи, рублей на 1 жителя в год	3478,4	3378,0	3951,7	4996,9	5336,7	5672,9	6280,0
Запущенность онкологической патологии, %	30,15	29,8	26	23	22	20	10
Заболеваемость активным туберкулезом, число больных на 100 тыс. населения	84,0	82,4	82,6	82,4	82,2	82,0	65
Удовлетворение потребности в высокотехнологичной помощи, %	24	29	45	60	70	80	90
Охват населения прививками против гриппа, %	14,7	15,0	20,0	21,0	22,0	23,0	30

Из данных таблицы следует, что средняя продолжительность жизни больных с хронической патологией после установления заболевания за период 2005-2007 годы увеличилась с 10 до 12,5 лет, предусматривается

дальнейшее увеличение данного показателя до 14,5 лет к 2010 г. и в перспективе (целевое значение) – до 15 лет. Некоторую озабоченность вызывает динамика показателя доли профилактических посещений врачей, что является стратегическим направлением развития системы здравоохранения. Так, за указанный период значение показателя не изменилось и составило 34%. Существенное увеличение этого показателя предусматривается лишь в перспективе (целевое значение) – до 40%.

Можно отметить высокую динамику подушевого финансирования бесплатной медицинской помощи, увеличение которого составило 113,6%, на период до 2010 г. – 163,1%, на перспективу – 180,5%, по сравнению с 2005 г. В этой связи, является важным установление эффективного контроля за целевым использованием ЛПУ выделенных средств.

Высокими темпами удовлетворяется потребность населения в высокотехнологичных видах медицинской помощи. Так, за период 2005-2007 годов удельный вес этого вида помощи вырос с 24 до 45%, предусматривается его увеличение до 80% к 2010 году и на перспективу (целевое значение) – до 90%.

Развитие системы здравоохранения РФ во многом характеризуется состоянием здоровья детей и матерей. Динамика показателей этой сферы деятельности ЛПУ представлена в таблице 1.2.3 [64].

Таблица 1.2.3

Показатели состояния здоровья детей от 0 до 17 лет и матерей

Показатели	Отчетный период			Плановый период			Целевое значение
	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008г.	2009 г.	2010 г.	
Младенческая смертность, на 1000 родившихся живыми	11,0	10,2	9,8	9,9	9,6	9,3	6,0

Окончание таблицы 1.2.3

Материнская смертность, на 100 тысяч родившихся живыми	25,4	23,8	23,8	23,0	22,0	21,0	18,0
Удельный вес детей первой группы здоровья в общем количестве детей, %	–	30,0	32,0	33,5	35,5	37,5	40,0
Первичный выход на инвалидность детей, на 10 тысяч детей	24,8	24,0	23,3	22,6	22,0	21,4	20,0

Показатели детской и материнской смертности за период 2005-2007 годов составили 85,5 и 93,7%, соответственно. Предусматривается дальнейшее снижение показателей детской и материнской смертности к 2010 г. до 84,5 и 82,7%, на перспективу (целевое значение) – до 54,5 и 70,9%, соответственно.

Производство медицинских услуг сферы здравоохранения можно представить графически (показано на рис. 1.2.2).

С точки зрения кибернетического подхода, этот процесс преобразует несколько основных видов входных ресурсов, характеризующихся показателями числа врачей, количества ЛПУ и расходов государства на здравоохранение, в некоторые виды оказываемых услуг, показатели которых считаются выходными параметрами процесса.

Подобное представление производства услуг сферы здравоохранения как процесса позволяет использовать современные методы факторного анализа и оценки результативности, а также эффективности процесса преобразования входных трудовых, материальных и финансовых потоков в сервисные.

Модель оценки эффективности процесса производства услуг здравоохранения определяется процедурами формирования и расчета комплексного критерия эффективности, на основе которого возможно

проведение однозначного, численного сопоставления периодов функционирования системы.



Рис. 1.2.2. Схема процесса производства услуг здравоохранения

В основу данной модели положен широко распространенный на западе метод Data Envelopment Analysis.

Данный метод полагает, что множество объектов оценки — DMU_n ($n=1, \dots, N$) — Decision Making Unit — единица принятия решения — характеризуется m -входными параметрами ($X_j, j=1, \dots, m$) — это различные ресурсы систем: материальные, капитальные, финансовые, трудовые и др. и k -выходами ($Y_i, i=1, \dots, k$) — величины, характеризующие разнообразные аспекты деятельности: производственно-технологические (объем и качество конечной продукции, надежность, долговечность), управленческие (устойчивость, управляемость, наблюдаемость), экономические (прибыль, доход, рентабельность), экологические (чистота производств) и другие.

На основе выбранного состава факторов формируется комплексный

показатель эффективности f в виде отношения суммы взвешенных некоторым образом выходных параметров к сумме взвешенных входных параметров системы:

$$f = \frac{u_1 \cdot Y_1 + u_2 \cdot Y_2 + \dots + u_k \cdot Y_k}{v_1 \cdot X_1 + v_2 \cdot X_2 + \dots + v_m \cdot X_m},$$

где u_i ($i=1, 2, \dots, k$) – положительные весовые коэффициенты, характеризующие относительный вклад каждого из выходных факторов Y_i в суммарный коэффициент эффективности f . Соответственно, v_j ($j=1, 2, \dots, m$) – веса входных величин X_j . Веса u_i, v_j являются произвольными, неизвестными и от них требуется лишь положительность – $u_i \geq 0, v_j \geq 0$.

В качестве методологии нахождения численных значений комплексной эффективности каждого из N -объектов полагается, что величины всех показателей эффективности f конечны, и осуществляется ранжировка этих значений на числовом интервале $[0, 1]$. Расчет производится на основе формирования и решения N задач математического программирования, исходя из условия максимизации показателя эффективности (f), для каждого из объектов, при наличии системы ограничений, определяющих не превышение единичного значения данного критерия для оставшихся $N-1$ объектов оценки.

Для сопоставимости динамики входных и выходных параметров процесса требуется также проведение их нормирования на числовом интервале $[0, 1]$, для каждого анализируемого года производства услуг здравоохранения (см. табл. 1.2.4).

Экономико-математическая модель расчета показателей эффективности производства услуг здравоохранения включает:

- весовые коэффициенты выходных и входных параметров процесса (X_1, X_2, X_3, X_4) и (X_5, X_6, X_7), соответственно;
- целевую функцию, из максимизации которой для каждого годового периода (2006, 2007 и 2008 гг.) определяются весовые коэффициенты выходных и входных параметров процесса – $f(X_1, X_2, X_3, X_4, X_5, X_6, X_7)$;
- систему ограничений.

Таблица 1.2.4

**Нормированные значения входных и выходных показателей процесса
производства услуг здравоохранения**

Показатели	2006		2007		2008	
	реальное значение	норм. значение	реальное значение	норм. значение	реальное значение	норм. значение
ВЫХОДНЫЕ						
1. Объем амбулаторно-поликлинической помощи, число посещений на 1 чел.	9,0	0,78	9,8	0,84	11,6	1,00
2. Объем стационарной помощи, число койко-дней на 1 чел.	3,05	0,89	2,90	0,93	2,70	1,00
3. Объем помощи в дневных стационарах, дней лечения на 10 чел.	4,13	0,94	4,19	0,96	4,38	1,00
4. Длительность пребывания в круглосуточных стационарах, дней	13,6	0,92	13,1	0,95	12,5	1,00
ВХОДНЫЕ						
5. Число врачей на 10 тыс. населения	33,7	1,00	33,7	1,00	33,8	1,00
6. Количество ЛПУ всех типов, тыс. шт.	24,93	0,99	24,98	0,99	25,11	1,00
7. Расходы государства на здравоохранение (1991 г. – 100%)	113	0,80	130	0,92	141	1,00

Ниже проведен расчет относительных показателей эффективности процесса производства услуг здравоохранения.

$$f(X_1, X_2, X_3, X_4, X_5, X_6, X_7) := \frac{0.78 \cdot X_1 + 0.89 \cdot X_2 + 0.94 \cdot X_3 + 0.92 \cdot X_4}{X_5 + 0.99 \cdot X_6 + 0.8 \cdot X_7}$$

$$X_1 := 1 \quad X_2 := 1 \quad X_3 := 1 \quad X_4 := 1 \quad X_5 := 1 \quad X_6 := 1 \quad X_7 := 1$$

$$\frac{0.84 \cdot X_1 + 0.93 \cdot X_2 + 0.96 \cdot X_3 + 0.95 \cdot X_4}{X_5 + 0.99X_6 + 0.92 \cdot X_7} \leq 1$$

$$\frac{X_1 + X_2 + X_3 + X_4}{X_5 + X_6 + X_7} \leq 1$$

$$X_1 > 0 \quad X_2 > 0 \quad X_3 > 0 \quad X_4 > 0 \quad X_5 > 0 \quad X_6 > 0 \quad X_7 > 0$$

$$\text{Maximize}(f, X_1, X_2, X_3, X_4, X_5, X_6, X_7) = \begin{pmatrix} 0.202 \\ 0 \\ 0.404 \\ 0 \\ 0 \\ 0 \\ 0.606 \end{pmatrix}$$

$$f(0.202, 0, 0.404, 0, 0, 0, 0.606) = 1.108$$

Следовательно, относительная эффективность производства услуг здравоохранения в 2006 г. составила 1,108.

$$f(X_1, X_2, X_3, X_4, X_5, X_6, X_7) := \frac{0.84 \cdot X_1 + 0.93 \cdot X_2 + 0.96 \cdot X_3 + 0.95 \cdot X_4}{X_5 + 0.99 \cdot X_6 + 0.92 \cdot X_7}$$

$$X_1 := 1 \quad X_2 := 1 \quad X_3 := 1 \quad X_4 := 1 \quad X_5 := 1 \quad X_6 := 1 \quad X_7 := 1$$

Çääääfi

$$\frac{0.78 \cdot X_1 + 0.89 \cdot X_2 + 0.94 \cdot X_3 + 0.92 \cdot X_4}{X_5 + 0.99 \cdot X_6 + 0.8 \cdot X_7} \leq 1$$

$$\frac{X_1 + X_2 + X_3 + X_4}{X_5 + X_6 + X_7} \leq 1$$

$$X_1 > 0 \quad X_2 > 0 \quad X_3 > 0 \quad X_4 > 0 \quad X_5 > 0 \quad X_6 > 0 \quad X_7 > 0$$

$$\text{Maximize}(f, X_1, X_2, X_3, X_4, X_5, X_6, X_7) = \begin{pmatrix} 0 \\ 0 \\ 0 \\ 1.421 \\ 0 \\ 0.898 \\ 0.524 \end{pmatrix}$$

$$f(0, 0, 0, 1.421, 0, 0.898, 0.524) = 0.985$$

Следовательно, относительная эффективность производства услуг здравоохранения в 2007 г. составила 0,985.

$$f(X_1, X_2, X_3, X_4, X_5, X_6, X_7) := \frac{X_1 + X_2 + X_3 + X_4}{X_5 + X_6 + X_7}$$

$$X_1 := 1 \quad X_2 := 1 \quad X_3 := 1 \quad X_4 := 1 \quad X_5 := 1 \quad X_6 := 1 \quad X_7 := 1$$

Çàäääîî

$$\frac{0.84 \cdot X_1 + 0.93 \cdot X_2 + 0.96 \cdot X_3 + 0.95 \cdot X_4}{X_5 + 0.99X_6 + 0.92 \cdot X_7} \leq 1$$

$$\frac{0.78 \cdot X_1 + 0.89 \cdot X_2 + 0.94 \cdot X_3 + 0.92 \cdot X_4}{X_5 + 0.99X_6 + 0.8 \cdot X_7} \leq 1$$

$$X_1 > 0 \quad X_2 > 0 \quad X_3 > 0 \quad X_4 > 0 \quad X_5 > 0 \quad X_6 > 0 \quad X_7 > 0$$

$$\text{Maximize}(f, X_1, X_2, X_3, X_4, X_5, X_6, X_7) = \begin{pmatrix} 0.648 \\ 0 \\ 0 \\ 0 \\ 0.544 \\ 0 \\ 0 \end{pmatrix}$$

$$f(0.648, 0, 0, 0, 0.544, 0, 0) = 1.191$$

Следовательно, относительная эффективность производства услуг здравоохранения в 2008 г. составила 1,191.

Таким образом, значения показателей относительной (сравнительной) эффективности процесса производства услуг сферы здравоохранения РФ свидетельствуют о ее росте в 2008 г. по сравнению с 2005 и 2006 гг. Некоторое снижение данного показателя в 2007 г. по сравнению с 2006г. объясняется существенным увеличением расходов государства на здравоохранение, значительная доля которых приходится на капитальные затраты с отдаленными во времени результатами (лагом).

1.3. Модели систем управления здравоохранением в зарубежных странах

В мировой практике используются несколько основных моделей систем управления здравоохранением: государственная, страховая и частная системы. Как правило, в развитых и развивающихся странах используются сразу несколько систем управления здравоохранением с преобладанием одной из них.

Каждая из моделей управления здравоохранением имеет преимущества и недостатки, как объективные, так и субъективные. Например, считается, что государственная система управления здравоохранением и его бюджетное финансирование тяготеет к монополизму, игнорирует права пациентов, не предоставляет возможность выбора врача, лечебного учреждения. В монополистической структуре неизбежно снижение качества медицинских услуг из-за диктата их представителя (производителя, продавца) и отсутствие возможности осуществления контроля за деятельностью медицинских учреждений со стороны потребителей медицинских услуг.

Преимущественно страховая система основана на принципах солидарности. Она тесно связана со всей системой социального страхования и регулируется одним законодательством. Страхователям и застрахованным предоставлена возможность осуществления контроля над использованием

страховых средств, застрахованным – возможность выбора врача, лечебно-профилактического учреждения. В страховой медицине наиболее важными являются проблемы обеспечения равного доступа и оплаты медицинской помощи, оказываемой лицам из групп повышенного риска (престарелые, бедные, инвалиды), оптимального распределения финансовых ресурсов среди групп застрахованных. Финансирование подобных систем осуществляется из трех источников: страховые взносы предпринимателей – отчисления от доходов (налогов); заработки трудящихся – отчисления из заработной платы; средства государственного бюджета.

Система обязательного страхования может осуществлять свою деятельность через некоммерческие страховые организации – больничные кассы. Это независимые самоуправляемые организации, структура которых определена законодательно. Например, в Германии существует несколько видов касс: местные (преимущественно для неработающих, членов семей застрахованных), расположенные по месту жительства, производственные (по месту работы), морские, горняцкие, сельскохозяйственные и эрзац кассы (главным образом для служащих). Контроль и управление за их деятельностью осуществляет правительственное агентство.

Существует модель медицинского страхования, характеризующаяся эффективной интеграцией со всей системой социального страхования. В системе социального страхования имеется более двадцати различных видов страхования, в том числе, медицинское – по болезни, временной нетрудоспособности, несчастному случаю, беременности и родам.

Система страхования, включающая в себя страховые компании, контролируется общенациональной организацией. Фонды социального страхования, сформированные на национальном уровне, осуществляют финансирование обязательной программы страхования здоровья. Пополнение финансовых средств осуществляется путем введения страховых налогов. Кроме обязательного государственного страхования существует сеть дополнительного страхования и местные фонды социальной помощи. За счет

последних получают медицинское обслуживание незастрахованные.

Преимущественно частная система медицинского страхования характеризуется децентрализованностью, высоким развитием инфраструктуры страховых организаций и отсутствием государственного регулирования.

Проведенные исследования показывают, что не существует некой универсальной модели организации здравоохранения, которая определенно эффективней других. В большинстве стран мира используются собственные, иногда особенные системы здравоохранения. Например, лучшая в мире общественная система здравоохранения создана во Франции, на втором месте – Италия, на третьем – Сан-Марино. Кроме них, в первой десятке Сингапур, Испания, Оман, Австрия и Япония.

Проведем анализ нескольких основных национальных систем управления здравоохранением, отличающихся по разработанным ранее признакам их идентификации.

Система управления здравоохранением Великобритании является симбиозом нескольких систем, разнородных по типам управления, источникам финансирования, технологиям управления и методам управления риском. Ведущую роль в здравоохранении играет государственная национальная служба здравоохранения (НСЗ). Система здравоохранения Великобритании возглавляется действующим политиком правящей партии, состоящим на должности министра. Министерству здравоохранения напрямую подчинены 14 региональных управлений здравоохранения, которым в свою очередь, непосредственно подчиняются 145 местных управлений здравоохранения и 90 управлений семейного здоровья. Никакого подчинения системы здравоохранения местным органам власти не существует.

Звено первичной медицинской помощи в Великобритании представлено общими врачебными практиками (ОВП) – групповыми или индивидуальными. ОВП являются независимыми некоммерческими

структурами. В большинстве случаев врач или группа врачей владеют своей практикой (помещение, оборудование) на праве собственности и нанимают остальной персонал. Врачи общей практики работают на основе индивидуального контракта с управлениями семейного здоровья. Государственные учреждения здравоохранения называют в Англии трастами, как и их объединения. Трасты подчинены напрямую Минздраву и находятся в финансовой зависимости от местных управлений здравоохранения. В подчинении ОВП-фондодержателей находятся так называемые общинные стационары, широко распространенные в Великобритании. Это небольшие (около 50 коек) больницы, не имеющие своего врачебного персонала. Большинство услуг здесь оказывается сестрами. Наличие таких больниц, приближенных к населению, увеличивает доступность медицинской помощи. Система здравоохранения в целом финансируется за счет налогообложения.

Национальная служба здравоохранения Великобритании начала процесс реформирования своей структуры в июле 2000 года. Предыдущие годы ознаменовались недостаточным ее финансированием, но за последние семь лет наметились существенные перемены. Улучшения стали возможны благодаря стабильному увеличению численности персонала национальной службы здравоохранения, чья деятельность направлена на индивидуальное лечение пациентов, модернизацию зданий, оборудования и услуг.

Следующим этапом развития медицины Великобритании является гарантия того, что движение к ответственному, удобным и персонализированным услугам происходит во всей службе и по отношению ко всем пациентам. Инвестиции и реформы, начатые в июле 2000 года, уже дошли до пациентов, и потому система очередей на ожидание лечения в больницах теперь значительно изменилась. В 1997 году пациенты стояли в очереди на лечение до 18 месяцев – после осмотра частного врача, получения консультации и диагностики. Сейчас максимальный срок ожидания операции составляет около 9 месяцев, а приема – 17 недель. С конца 2005 года появилось право выбора, по крайней мере, из четырех или пяти лечебных

учреждений. В 2008 году пациенты смогут выбирать любого поставщика, соответствующего стандартам Великобритании, в пределах максимальной государственной цены, которую будет оплачивать нуждающимся больным национальная служба здравоохранения.

В настоящий момент национальная служба здравоохранения имеет возможность перестроиться из службы лечения заболевания в службу здоровья. В сотрудничестве с другими организациями и частными лицами она будет помогать людям выбирать более здоровый образ жизни, учить профилактике заболеваний. Уровень смертности от сердечных заболеваний и инсультов решено сократить с 75 до 40% к 2010 году, смертность от раковых заболеваний планируется уменьшить на 20% (по сравнению с 1997 годом). В дальнейшем будет определена программа урегулирования главных причин заболеваемости, включая ожирение, курение и инфекции.

К 2008 году для обеспечения лечения большего количества пациентов и увеличения возможности выбора стационаров частные медицинские организации будут предоставлять до 15% услуг от лица национальной службы здравоохранения. Комиссия по здравоохранению планирует проверять все организации, независимо от того, относятся ли они к этой службе или же являются частными. Задача контролирующих органов – гарантировать высокое качество услуг, оказываемых пациентам.

В области оказания первой помощи национальная служба здравоохранения намерена развивать новые формы удовлетворения нужд больных: заключать договоры о патентной кооперации с более широким кругом медицинских организаций, включая частные. Это даст возможность увеличить количество и улучшить качество услуг, доступных пациенту. Департамент здравоохранения также будет работать с другими правительственными департаментами и местными властями, разрабатывая более совершенные направления удовлетворения их нужд.

Одним из эффективных нововведений в 2008 году станет зависимость системы оплаты труда медиков от выбора пациентов. Чем выше они оценят

услуги здравоохранения, тем значительнее будет финансирование. В то же время, Фонды оказания первой помощи для обеспечения высокого качества лечения предусматривают дальнейшие поощрения для частнопрактикующих врачей и их сотрудников. Эта программа также закладывает в свой бюджет финансирование обеспечения медицинской помощью людей с неизлечимыми недугами.

Система здравоохранения в Германии состоит из государственных и негосударственных учреждений и отдельных лиц. В международном сравнении Германия имеет очень большое число врачей, врачей-специалистов, психотерапевтов, зубных врачей, социальных педагогов, медперсонала по уходу за больными и больничных коек. Кроме того, сюда относятся также работники других лечебных специальностей и фармацевты со своим персоналом.

Наряду с этим, систему здравоохранения представляет государство (федерация, земли и коммуны), медицинские страховые компании, оказывающие услуги страхования от несчастных случаев, по уходу и пенсионное страхование, объединения медицинских касс, работодателей и работников, а также пациентов, частично представленных объединениями пациентов и организациями «Помоги себе сам».

Предложение медицинских услуг осуществляется, за исключением государственных клиник, частными предприятиями. В сфере здравоохранения преобладают или «свободные профессии» – врачи и фармацевты, или крупные частные предприятия (например, фармацевтической или медико-технической промышленности). Государство играет в оказании медицинских услуг второстепенную роль, в форме ведомств по здравоохранению, коммунальных больниц и университетских клиник. У каждого жителя Германии есть право на медицинское обслуживание, и им пользуются все. Для этих целей Федеративная Республика содержит одну из наиболее разветвленных сетей врачебного наблюдения и больничных учреждений в мире, располагает высоким уровнем медицинского оборудования, выдающимися научно-

исследовательскими институтами и университетскими клиниками, а также мощной медицинской промышленностью, занимающейся разработкой новых медикаментов и методов лечения. В 1970 году в здравоохранении работало 1,03 млн. человек (3,9% всех занятых), сегодня их численность увеличилась вдвое, достигнув 2,1 млн., что соответствует доле в 7,4%. Если сюда еще прибавить тех, кто косвенным образом связан со здравоохранением, то тогда количество занятых возрастет уже до 4,5 млн. Оборот отрасли составляет около 260 млрд. евро. Таким образом, здравоохранение представляет собой одну из наиболее важных сфер занятости в Германии, обеспечивая более 10% объема валового национального продукта.

Решение о выборе частной или государственной больничной кассы имеет далеко идущие последствия: те, кто однажды избрал для себя частную форму страхования, чтобы, будучи молодым страхователем, экономить на больших суммах взносов, позже уже не могут вернуться в государственную больничную кассу. Так, например, в случае предусмотренного законом страхования на случай болезни супругов договором предусматривается бесплатное страхование детей в возрасте максимум до 25 лет. При частном страховании на случай болезни такого положения нет, там следует платить взнос за каждого застрахованного.

Тот факт, что более 90% населения застрахованы в государственных больничных кассах, объясняется довольно просто: членство в них является обязательным, если сумма валового месячного дохода не превышает 3375 евро. Те, кто зарабатывают больше, могут решать самостоятельно, как и насколько они хотят себя застраховать. Ежегодно устанавливается новый предельный размер доходов для обязательного страхования. Каждый сам выбирает государственную кассу, членом которой он хотел бы стать. Большинство касс, за исключением тех, что специализируются на страховании горняков, моряков и фермеров, можно выбирать вне зависимости от места жительства. Многочисленные больничные кассы предприятий, созданные специально для того, чтобы заниматься страхованием сотрудников

отдельных компаний, за последние годы также стали доступны всем страхователям.

Существуют планы реформирования системы здравоохранения, которая страдает от высоких и всё возрастающих расходов. Одновременно с этим звучат критические замечания в адрес медицинских услуг. Основные проблемы состоят в избыточной обеспеченности больницами и высоких расценках по уходу за больными, избыточной обеспеченности врачами и стоматологами, растущими взносами в больничные кассы, высоких ценах на лекарства.

По всем четырем блокам проблем Федеральным правительством были приняты решения, которые намечено осуществить до 2007 года. Они призваны стабилизировать, а также по возможности снизить существующие цены. Все планы Правительства были осуществлены.

Больничные кассы стоят перед проблемой постоянно растущих расходов на врачей, больницы и лекарства, что приводит к повышению взносов. Причина в том, что современная медицина становится все более дорогостоящей за счет использования дорогих приборов и современных лекарств. Поэтому все чаще на обсуждение ставится вопрос о том, за какие услуги вообще больничная касса должна платить.

Сами больничные кассы также являются причиной резкого увеличения расходов. Поэтому законодательными органами был поддержан ряд инициатив, направленных на введение более широкой конкуренции, пониманию необходимости снижения расходов и улучшения качества предоставляемых услуг.

В настоящее время кассы конкурируют между собой, главным образом, за здоровых, молодых и хорошо зарабатывающих членов, которые платят высокие взносы, но обеспечивают низкие расходы. Страдают при этом те больничные кассы, в которых застраховано особенно много пожилых и страдающих хроническими заболеваниями людей. По этой причине законодателями была введена так называемая компенсация структурных

рисков. Таким образом, кассы с небольшим контингентом «дорогих» пациентов выплачивают компенсацию тем кассам, которые должны обслуживать большое количество «дорогих» больных.

Ответом на снижение управляемости процессом лечения стало последовательное изменение системы выплат компенсаций за структурные риски. Больничным кассам, взявшимся за разработку и реализацию программ лечения широко распространенных заболеваний, а также за лечение больных с хроническими заболеваниями будет выплачиваться вознаграждение.

Слишком большое количество больничных коек привело к резкому увеличению расходов. Поэтому к 2007 году отменено действовавшее до сих пор положение о том, что больницы устанавливают так называемые койко-тарифы и производят расчет в соответствии с ними. Коечный тариф это цена стационарного лечения одного пациента в соответствующем отделении больницы. За особые услуги как, например, операции производится дополнительный расчет. Койко-тарифы различаются между собой в зависимости от того, насколько рационально больницы ведут дела, какова стоимость используемого ими оборудования и каковы расходы на содержание персонала.

С целью снижения высоких расходов в будущем для отдельных видов заболеваний по австралийской модели устанавливается единая фиксированная цена. Определено, на какую сумму больница может выставить счет, включая определенный срок пребывания в больнице. Это делает невыгодным содержание пациентов в больнице дольше необходимого, чтобы иметь возможность включить в счет большее количество койко-дней. Для того чтобы избежать снижения расходов за счет пациентов, введена система гарантированного контроля за качеством медицинских услуг. Так, например, медицинским службам больничных касс предоставлены более широкие права надзора, а больницам — составлять отчеты о качестве услуг, с которыми могут знакомиться пациенты.

В США существуют различные подходы к организации финансирования

и функционирования медицинских учреждений и сервисов, что можно воспринимать как наличие множества систем. Например, есть разные системы страхового медицинского обеспечения: страховки, которые предоставляют своим сотрудникам работодатели, власти различного уровня, социальные службы и т.д. Также присутствует система, которая позволяет людям, не имеющим страховки, обращаться за медицинской помощью в больницы и в иные учреждения. Во-вторых, американская система здравоохранения имеет много сильных сторон. США являются мировым лидером в сфере медицинских исследований, фармацевтике, производстве медицинского оборудования и т.д. Считается, что в мире также нет более современных и более развитых научно-исследовательских медицинских центров. В-третьих, США имеют хорошо оборудованные, современные больницы и высококвалифицированный медицинский персонал.

Для большинства населения США страхование здоровья является частным делом каждого. Добровольной, частной формой медицинского страхования охвачено более 80% населения. В США примерно 1500 частных страховых компаний. Из них две самые крупные, занимающиеся только добровольным страхованием здоровья, – «Синий Крест» и «Синий Щит».

Наряду с частной системой медицинского страхования, в США существует две правительственные программы, находящиеся на государственном финансировании – это «Медикэр» (для медицинской помощи пожилым – после 65 лет) и «Медикейд» (для безработных, неимущих и некоторых групп инвалидов). Однако только 46% американцев с низким доходом получили возможность зарегистрироваться и получать пособия в рамках программы «Медикейд». Программой обязательного социального страхования престарелых охватываются все граждане старше 65 лет, поэтому она считается более успешной. Однако престарелые пациенты вынуждены сами платить за первый день госпитализации, посещение врачей в поликлинике и почти за всю долгосрочную помощь в домах сестринского ухода.

Следует подчеркнуть, что именно в США разрабатываются и внедряются эффективные медицинские технологии, развертываются передовые научные исследования и, в результате, успешно реализуется медицинская помощь высокого качества.

США тратят на здравоохранение на 1 человека больше средств, чем любая другая страна мира. Американские эксперты считают, что среднестатистический показатель затрат на здравоохранение скрывает реальное неравенство различных слоев населения США в доступе к медицинским услугам. Так, по данным Министерства здравоохранения США, люди с низким уровнем доходов и образования, как правило, умирают раньше образованных богачей.

По данным Центров государственного страхового медицинского Сервиса, в 2007 году американцы потратили на здравоохранение \$2,4 трлн., то есть, 15,3% валового внутреннего продукта страны. Это рекордно высокая доля ВВП, затрачиваемая на программы здравоохранения. Для сравнения, в Швейцарии на эти цели тратится 10,9% ВВП, в Германии – 10,7%, в Канаде – 9,7%, во Франции – 9,5%.

Авторы исследования резюмируют, что такая ситуация была бы вполне нормальной, если бы американское здравоохранение занимало первое место в мире и по своей эффективности. Однако проблема состоит в том, что американцы платят за лечение намного больше граждан других развитых стран, но при этом получают такие же результаты. Следующая проблема системы здравоохранения США – ее фактическая недоступность для людей с низкими доходами, не имеющих медицинской страховки.

В свою очередь, противники перевода системы здравоохранения на государственное обеспечение используют следующие аргументы. По данным исследовательского центра «Фонд «Наследие», национализированные системы здравоохранения бюрократизированы, неэффективно тратят средства и управляются. Кроме того, они не гарантируют высокий уровень обслуживания и лечения. Национализация медицины приводит к увеличению

очередей пациентов, которые не имеют возможности выбора врача или выбора времени его посещения.

В системе здравоохранения Японии национальное медицинское страхование охватывает жителей региона и управляется муниципалитетами городов и населенных пунктов. Среди застрахованных по этой схеме очень большое число престарелых. Из-за изменений в производственной структуре лица, занятые в сельском хозяйстве, и лица, занимающиеся индивидуальной трудовой деятельностью, составляют незначительное число, в то время как число пенсионеров и неработающих растет. Среди застрахованных большое количество лиц с низким доходом. Хотя вес затрат на медицинское обслуживание для престарелых сокращался посредством больших государственных субсидий, а также введения системы медицинского обслуживания для престарелых и, соответственно, изменения в структуре источников финансирования, основы этой системы слабые по сравнению с другими. Внутри самой схемы также имеются проблемы — застрахованные лица со средним доходом платят слишком большой взнос, имеется несоответствие в платежах среди муниципалитетов.

Лица, приписанные к системе медицинского обслуживания престарелых (старше 70 лет), составляют около 10% от общей численности населения и потребляют 30% затрат на медицинское обслуживание. Из-за старения нации доля общих затрат на медицинское обслуживание престарелых быстро повышается.

Система медицинского обслуживания престарелых была создана для устранения дисбаланса по медицинским затратам между различными схемами страхования из-за разницы в количестве застрахованных престарелых лиц. При увеличении затрат на медицинское обслуживание престарелых руководство Национального медицинского страхования (получатель платежей) требует увеличить размеры платежей.

К недостаткам японской системы медицинского страхования можно отнести большое число пациентов, что вызвано фиксированной ценой на

медицинские услуг, т. е. врачи стремятся увеличить свои доходы за счет увеличения числа пациентов.

Второй отрицательной чертой является стремление врачей оказывать в первую очередь те услуги, которые наиболее дороги. В частности, это относится к лабораторным исследованиям и выписке лекарств. При этом выписываются в первую очередь новые, запатентованные лекарства, цены на которые правительство ограничить не может.

Третьей негативной чертой японской системы является проблема качества медицинской помощи: так как все врачи оплачиваются одинаково, то они не имеют никаких стимулов для повышения своей квалификации и оказания качественной помощи. В результате пациенты предпочитают обращаться в специализированные и университетские клиники, полагая, что качество лечения там выше.

Система медицинского страхования Японии разделена на ряд схем. Для определения, каким должно быть медицинское страхование в будущем, Министерство здравоохранения и благосостояния образовало Совет по медицинскому страхованию, задачей которого является изучение следующих основных проблем: роль общественного медицинского страхования, объем и содержание услуг по страхованию, масштаб затрат здравоохранения и определение финансовых ресурсов, рамки системы медицинского страхования и вопросы управления.

Для систематизации предоставления медицинских услуг были внесены изменения, которые определяли принципы регулирования и совместного сотрудничества медицинских учреждений на основе плана (региональные планы здравоохранения, определяющие необходимое количество коек в больнице и их специализацию согласно медицинским функциям) и три вида больниц: «специальные больницы», предоставляющие специализированную медицинскую помощь, общие больницы, а также общие больницы с койками для выздоровления госпитализированных на длительный срок пациентов.

Из-за развития медицинских технологий, старения населения и других

факторов затраты Японии на здравоохранение ежегодно увеличиваются, при этом затраты на лекарства и обследования составляют большую часть расходов на здравоохранение, что требует оптимизации расходов.

Первым направлением оптимизации затрат является реформа оплаты медицинских услуг. Были оптимизированы гонорары за предоставленные медицинские услуги, а тарифы установлены таким образом, чтобы они способствовали сокращению пребывания в стационаре и уменьшению длительности госпитализации. Оптимизация осуществлялась и в системе медицинского обслуживания престарелых, вследствие чего больницы смогли выбрать фиксированную оплату за день вместо оплаты за услугу; были установлены тарифы, основанные на оценке функций учреждения и численности персонала. Вторым направлением оптимизации является совершенствование метода расчета стандартных цен на лекарства. Третье направление – оптимизация расходов на обслуживание престарелых. Затраты в здравоохранении для престарелого человека (лиц в возрасте 65 лет и старше) в 3,22 раза превышают средние затраты. Такие большие затраты объясняются тем, что пожилые люди более подвержены заболеваниям; их госпитализируют на длительный срок из-за недостатка таких учреждений, где бы им предоставлялся только необходимый уход.

Уже предприняты такие шаги, как организация учреждений по предоставлению медицинских услуг для престарелых; выделение больниц, размещающих большое число престарелых из общих больниц; разработка местных тарифов и стандартов по персоналу.

В Японии понимают, что развитие обширной службы услуг на дому, которая является частью мер по социальному обеспечению и финансируется в основном из бюджета, ограничено, поэтому предлагается создание новой программы по обеспечению помощи на дому, которая управлялась бы социальным страхованием.

Особенности моделей национальных систем здравоохранения требуют их систематизации по основному признаку – форма собственности

преобладающей системы (подсистемы) управления охраной здоровья и идентификации по расширенному набору признаков.

Сравнение национальных систем здравоохранения по идентификационным признакам проведено в таблице 1.3.1.

Таблица 1.3.1

**Сравнение национальных систем здравоохранения
по идентификационным признакам**

Идентификационные признаки	Россия	Германия	США	Япония	Великобритания
Преобладающая система здравоохранения					
Форма собственности	государственная	государственная	частная	государственная	государственная
Метод управления	директивный	директивный	самоуправление	директивный	директивный
Технология управления	централизованная	централизованная	децентрализованная	централизованная	централизованная
Источник финансирования	бюджет	страховой фонд, бюджет	страховой фонд, выручка	страховой фонд, бюджет	страховой фонд, бюджет
Метод управления риском	гарантия	страхование, гарантия	страхование, компенсация	страхование, гарантия	страхование, гарантия
Дополняющая система здравоохранения					
Форма собственности	частная	частная	государственная	—	частная
Метод управления	самоуправление	самоуправление	директивный	—	самоуправление
Технология управления	децентрализованная	децентрализованная	централизованная	—	децентрализованная
Источник финансирования	страховой фонд, выручка	страховой фонд, выручка	бюджет	—	страховой фонд, выручка
Метод управления риском	страхование, компенсация	страхование, компенсация	гарантия	—	страхование, компенсация

Для более точной идентификации следует еще более расширить перечень признаков и дать количественную оценку (абсолютную или

относительную) степени наличия каждого из них. Проведенными исследованиями количественных значений наблюдаемых признаков национальных систем здравоохранения установлены следующие соотношения:

- Китай – соотношение долей государственных расходов на здравоохранение и расходов населения на оплату услуг составляет 3/1;
- Франция – охвачено государственным страхованием 80% населения, дополнительным страхованием и расходами фонда социальной помощи – 2%;
- Германия – государство оплачивает расходы на здравоохранение 2% населения, частные страховые компании – 8%, государственное страхование распространяется на 90% населения;
- Великобритания – личные расходы населения на оплату услуг здравоохранения составляют 3,4%;
- Бельгия – соотношение долей государственного страхования и частного – 100/1;
- США – охвачено добровольным страхованием 80% населения, государство оплачивает расходы на здравоохранение 10% населения;
- Япония – личные расходы населения на оплату услуг здравоохранения составляют 5,0%.

По данным исследования НИИ общественного здоровья РАМН мировая реформа здравоохранения проходит по следующим направлениям: поиск оптимального места государства как поставщика медицинских услуг в системе здравоохранения; снижение высоких расходов на систему здравоохранения; развитие всех видов медицинского страхования.

В настоящее время наблюдается значительное снижение роли государства в системе здравоохранения Болгарии, Чехии, Польши, Венгрии. Зачастую это происходит по причине акционирования больниц, в результате которого часть государственных услуг в области здравоохранения переходит в частные руки. Насколько это эффективно и экономически оправдано, покажет время.

В тоже время, в других странах происходит усиление роли государства в сфере здравоохранения, но не на уровне поставки медицинских услуг, а на уровне увеличения финансирования. Так, в Китае, Индии, Венесуэле, США до недавнего времени роль государства была незначительна. Китайское правительство предполагает так называемое кооперативное страхование, по которому 1,5 доллара за медицинские услуги оплачивает житель, а 5 долларов – государство. Таким образом, 65% гарантированной медицинской помощи будет оплачиваться Китайским правительством, остальные 35% – населением страны.

Другая азиатская страна – Индия, разочаровавшись в возможностях частного рынка, также взяла курс на увеличение доли общественного сектора здравоохранения.

Усиление роли государства в здравоохранении наблюдается и в развитых странах. Так, правительство США активно занимается созданием системы лекарственного обеспечения населения. В таких странах как Швеция, Великобритания оптимизация роли государства проходит через осуществление частно-государственного партнерства. В Швеции государством привлекаются частные поставщики медицинской помощи, а в Великобритании действует система предоставления права пациентам обслуживаться в частных клиниках, если государственные медицинские учреждения не в состоянии обеспечить им необходимую медицинскую помощь. В этом случае государство берет на себя обязательство оплачивать все расходы пациентов на частные медицинские услуги.

Таким образом, в целом в мире наблюдается увеличение роли государства в предоставлении медицинских услуг – оно становится регулятором, контролером и финансистом функционирования системы здравоохранения.

Реформируя систему финансирования страны, Германия ставила перед собой задачу сокращения расходов на здравоохранение. В стране был создан Централизованный Фонд Здоровья – аналог российской системы

медицинского страхования. Теперь все страховые компании осуществляют выплаты по единым тарифам через этот фонд, в то время как до реформы платежи проводились в отдельных компаниях по различным тарифам. На основе единой тарифной системы планируется создать конкурирующий рынок страховщиков, что повысило бы эффективность всей системы страхования. Предполагается, что в перспективе за счет этого расходы на здравоохранение будут снижены примерно на 7-10%.

По данным Национального НИИ общественного здоровья РАМН сокращение дефицита финансирования больничных учреждений происходит и в Великобритании. Бюджет здравоохранения в этой стране достиг показателя 81 млрд. фунтов стерлингов, при этом из 570 работающих трастов 37% находятся в финансовом кризисе. Для этого правительством Великобритании были поставлены задачи по сокращению штатов, снижению объемов госпитализации, закрытию больничных палат [60].

Аналогичные процессы происходят и во Франции, которая стремится сократить дефицит финансирования больничных учреждений. Управление финансами на медико-санитарную помощь было передано частному сектору, и руководители больниц стали вести бюджет по принципу доход – расход на основе новых правил. Кроме того, было запрещено переносить дефицит расходов на следующий год, при этом ответственность за дефицит была возложена на сами больницы, которые, кроме прочего вынуждены были искать новые способы самофинансирования. Предварительные итоги этой реформы показали, что многие лечебные заведения смогли выровнять свои доходы и расходы, одновременно увеличился объем востребованной медицинской помощи.

Глава 2. Стратегическое планирование услуг системы здравоохранения

2.1. Постановка социально-экономических целей системы здравоохранения

Постановка целей сферы здравоохранения осуществляется на основе ранее принятых теоретико-методологических подходов, разработанных такими науками, как экономическая теория, социология, теория систем и стратегическое планирование в менеджменте.

В экономической теории здоровье рассматривается как экономическая категория, тесно связанная с понятием человеческого капитала.

Теоретические разработки проблем человеческого капитала начались в XVII в. У. Петти выдвинул идею первостепенной ценности трудовых навыков населения в национальном богатстве страны. А. Смит, развивая эту идею, включил знания и квалификацию в основной капитал общества наряду с машинами и землей, так как, по его мнению, капитал – это любой элемент производства, который приносит доход, не вступая в обращение и не имея владельца [80]. Классическая экономическая школа считает капиталом человеческие способности, так как они неотъемлемое личное достояние человека. Для развития человека и формирования его как личности необходимо значительное количество ресурсов, но эти затраты предполагают получение в будущем определенного дохода, а также имеют свойство накапливаться.

Дальнейшее формирование концепции человеческого капитала происходило под непосредственным воздействием достижений научно-технической революции, инновационной деятельности, но в контексте классической экономической школы. В рамках данного направления в 60-х годах прошлого века были проведены исследования Т. Шульца и Г. Беккера [6]. В своих работах они рассматривали расходы индивида на приобретение знаний и навыков, его альтернативные издержки, связанные с потерей работы и затратами на обучение, как инвестиции. Причем прибыль от этих вложений

реализуется на протяжении всей трудовой жизни индивида в повышении его дохода.

Более поздние теоретические разработки проблем человеческого капитала проходили в рамках моделей экономического роста. Э. Денисон сделал попытку определить вклад образования и квалификации, как основных свойств человеческого капитала, в экономический рост. Его основная идея заключается в том, что рост качественных характеристик рабочей силы, обусловленных уровнем образования и квалификации, способствует экономическому развитию страны (модель построена на разнице в оплате труда, зависящей от образования). В своих исследованиях он использовал производственную функцию Кобба-Дугласа.

Теоретические разработки концепции человеческого капитала последней четверти прошлого века сместились в сторону его исследования как эндогенного фактора экономического роста. Так, Р. Лукас основной источник экономического роста видел в воспроизводстве человеческого капитала и его последующем воздействии на производство конечной продукции.

Наряду с разработкой новых моделей роста, эволюция концепции человеческого капитала по мере развития рыночных отношений идет в направлении расширения понятия «инвестиции в человека». Эти инвестиции, по мере расходов образование, подготовку и переподготовку кадров, включают все затраты на воспроизводство рабочей силы, накопление и передачу знаний. Расширительный подход к пониманию человеческого капитала встречается и в работах Г. Беккера, который в качестве основных направлений инвестиций в человека рассматривал расходы на образование, здравоохранение, миграцию и поиск информации.

Информационная революция, отражающая новый уровень развития рыночных отношений, актуализировала проблему невещественного производственного накопления, в котором решающее значение имеет накопление знаний и развитие творческого взаимодействия. Эти процессы

обусловили расширение источников формирования человеческого капитала. В качестве источников, формирующих человеческий капитал, выступают семь фондов: образования; подготовки и переподготовки кадров на производстве; науки, включая затраты на исследования и разработки; инновационный, в том числе расходы на технологические инновации, на стимулирование инновационной деятельности и создание интеллектуальной собственности; здоровья, включая расходы на здравоохранение, экологию и физическую культуру; мобильности; культуры.

Новый подход к определению человеческого капитала находит отражение и в оценках национального богатства. Так, в 1997 г. Всемирный банк произвел стоимостные оценки национального богатства по основным регионам, выделив в нем три основные составляющие: человеческий капитал; природный капитал; воспроизводимый капитал (основные производственные и непроизводственные фонды, оборотный капитал, домашнее имущество).

Основанием для такой оценки явилось то обстоятельство, что часть потребительских расходов (текущие затраты семей на питание, одежду, содержание жилища, образование, здравоохранение, культуру и затраты государства на эти цели) используется на воспроизводство человеческого капитала и его накопление.

Современные представления о человеческом капитале относят к нему нормы, ценности, знания, умения, опыт человека, а также его здоровье – все это может приносить доход (отдачу), что является условием при принятии решений о вложении инвестиций в эти составляющие. Наряду с инвестициями в человеческий капитал – обучение по месту работы, образование и получение информации – рассматриваются и вложения в здоровье (эмоциональное и физическое).

Предлагается рассматривать человеческий капитал, состоящий, по крайней мере, из трех компонент: витальной (жизненной), социальной и духовной. Первая составляющая – врожденная – то «богатство», которое человек получает при рождении (т.е. физический капитал). Духовный

приобретается индивидом через его внутреннюю жизнь путем самосовершенствования. Возможность конвертации капиталов рассматривается и как «пересечение» капиталов, когда сложно определить их четкие границы, поэтому одни капиталы включают в качестве составляющих другие. Здоровье индивида (физическое и психологическое) является составляющим человеческого капитала, определенным ресурсом.

Иногда физический капитал рассматривается в качестве одной из самостоятельных форм капитала (разводит его с человеческим), инкорпорированным состоянием которого является способность к труду, как капитал, обладающий основными конституирующими свойствами:

- ограниченный хозяйственный ресурс;
- накапливаемый хозяйственный ресурс;
- ресурс, обладающий определенной ликвидностью, способностью превращаться в денежную форму;
- стоимость, воспроизводящаяся в процессе непрерывного кругооборота форм;
- стоимость, приносящая новую, добавочную стоимость.

В такой социоэкономической постановке одной из характеристик физического капитала является уровень здоровья и трудоспособности человека. Однако в рамках этой теории не предлагаются какие-либо методы измерения и оценки степени достижения показателей здоровья.

В мировой практике предлагается использовать понятия ресурсов и возможностей (потенциала). Так, по оценкам экспертов Всемирного банка, в структуре национального богатства ведущих стран мира доля человеческого капитала зависит от качества жизни, обобщающим показателем которого является индекс развития человеческого потенциала (ИРЧП).

Индекс был разработан в 1990 г. в рамках Программы развития ООН в качестве инструмента оценки эффективности социально-экономических программ, определения приоритетов социально-демографической политики. ИРЧП включает в себя такие показатели, как средняя продолжительность

предстоящей жизни, уровень грамотности взрослого населения и реальный ВВП на душу населения.

В Институте социально-экономических проблем народонаселения РАН разработана методика измерения и оценки качества трудового потенциала (КТП), обобщающим индикатором которого является социальная дееспособность, понимаемая как способность личности к осуществлению трудовых функций в специфических условиях конкретного производства. КТП определяется двумя группами свойств:

- энергетический потенциал, или способность к труду, включающий психофизический потенциал (физическое здоровье, психическое здоровье) и интеллектуальный потенциал (когнитивный и творческий потенциал);
- социально-психологический потенциал, определяемый коммуникативным потенциалом (коммуникативность и культурный уровень) и социальной активностью (нравственный уровень, потребность в достижении). С помощью специальных процедур сбора информации и алгоритмов расчета выявляются индикаторы качества трудового потенциала, т.е. «измерение качества» [86].

В экономической теории также рассматриваются имеющие важное методологическое значение для определения цели (целей) функционирования сферы здравоохранения концепции спроса на «здоровье» и потребления услуг здравоохранения [133]. В концепции спроса на «здоровье» рассматриваются микроэкономические факторы формирования спроса, а также переменные, характеризующие типы поведения человека и членов его семьи. Концепция потребления рассматривает услуги здравоохранения как являющиеся частично инвестициями в человеческий капитал и частично — объектом потребления. Своевременная и качественная медицинская помощь позволяет сохранить и восстановить здоровье, а, следовательно, является вкладом в человеческий капитал.

Считается, что здоровье может быть приобретено через инвестирование в частную систему здравоохранения; продано через магазины,

специализирующиеся на продаже экологически чистых продуктов; предоставлено путем услуг в центрах здоровья; предложено через хирургическое вмешательство или продажу лекарств или продажу лекарств; потеряно в результате несчастного случая или болезни.

В научной литературе недостаточно полно разработаны микроэкономические закономерности потребления услуг здравоохранения, что, прежде всего, связано с преимущественно государственной формой и директивными методами управления здравоохранением, а также централизованной технологией принятия управленческих решений в этой сфере народного хозяйства.

Теоретические исследования показывают, что, например, цели потребителя услуг здравоохранения, связанные с максимизацией полезности, как правило, недостижимы. Полезность этого вида услуг не имеет максимума, так как кривая полезности ($Y(X)$) монотонно возрастает, а предельная полезность услуг здравоохранения ($F(X)$) с определенного объема услуг практически остается постоянной (не убывает) (см. рис. 2.1.1).

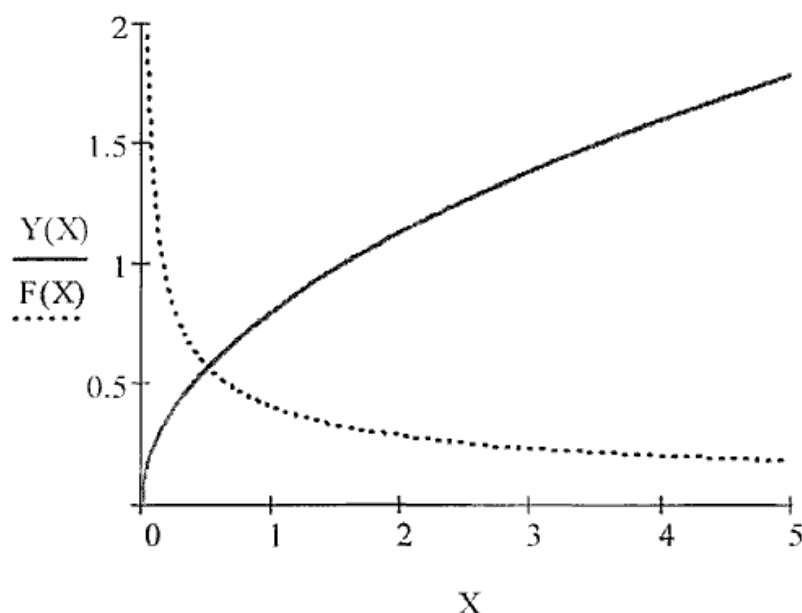


Рис. 2.1.1. Зависимость общей и предельной полезности услуг здравоохранения от их объема

Согласно проведенным исследованиям, здоровье можно рассматривать с позиций теории потребительского выбора, когда индивиду приходится

постоянно «взвешивать», на что потратить средства: на профилактику и восстановление здоровья или на что-то другое. В некоторых случаях просчитывается не долгосрочный эффект от инвестиций в здоровье, а сиюминутная выгода возможного заработка, сохранения работы и т.д. [78].

Использование теории систем в целеобразовании (целеполагании) позволяет с системных позиций исследовать сферу здравоохранения, определить взаимосвязи между целями и поведением элементов ее структуры, установить закономерности взаимодействия с внешней средой и т.д.

Исследование понятия цели и связанных с ним понятий целенаправленности, целеустремленности, целесообразности сдерживается трудностью их однозначного толкования в конкретных условиях. Это связано с тем, что процесс целеобразования и соответствующий ему процесс обоснования целей в социально-экономических системах сложен и не до конца изучен. Его исследованию большое внимание уделяется в управлении, философии, кибернетике.

В энциклопедии цель определяется как «заранее мыслимый результат сознательной деятельности человека». В практическом применении цель – это идеальное устремление, которое позволяет коллективу увидеть перспективы или реальные возможности, обеспечивающие своевременность завершения очередного этапа на пути к идеальным представлениям.

В настоящее время в связи с усилением программно-целевых принципов в планировании исследованию закономерностей целеобразования и представления целей в конкретных условиях уделяется все больше внимания. Например: при разработке приоритетных национальных проектов, федеральных и региональных программ и т.д.

Исследования процесса целеобразования в сложных социально-экономических системах философами, управленцами и экономистами позволяют сформулировать общие закономерности обоснования и структуризации целей в конкретных условиях совершенствования сложных систем.

Во-первых, установлена зависимость представления о цели и ее формулировки от стадии познания объекта (процесса). Анализ понятия «цель» позволяет сделать вывод, что, формулируя цель, необходимо стремиться отразить ее активную роль в познании и в то же время сделать ее реалистичной, направить с ее помощью деятельность на получение определенного результата. При этом формулировка цели и представление о ней зависит от стадии познания объекта исследования и в процессе развития представления об объекте цель может переформулироваться. Формируя цель, необходимо определить, в каком смысле на данном этапе рассмотрения объекта исследования употребляется понятие цель, к какой точке «условной шкалы» ближе принимаемая формулировка цели.

Во-вторых, определена зависимость цели от внутренних и внешних факторов. При анализе причин возникновения цели нужно учитывать как внешние по отношению к выделенной системе факторы (внешние потребности, мотивы, программы), так и внутренние потребности, мотивы, программы («самодвижение» целостности). При этом цели могут возникать на основе противоречий как между внешними и внутренними факторами, так и между внутренними факторами, имевшимися ранее и вновь возникающими в постоянном самодвижении целостности. Это важное отличие социально-экономических «развивающихся», открытых систем от технических (замкнутых, закрытых) систем.

Теория управления техническими системами оперирует понятием цели только по отношению к внешним факторам, а в открытых, развивающихся системах цель формируется внутри системы, и внутренние факторы, влияющие на формирование целей, являются такими же объективными, как и внешние.

В-третьих, существует возможность сведения задачи формирования общей (главной, глобальной) цели к задаче структуризации цели. Анализ процессов формулирования глобальной цели в социально-экономической системе показывает, что эта цель возникает в сознании руководителя или

коллектива не как единичное понятие, а как некоторая, достаточно «размытая» область.

На любом уровне цель возникает вначале в виде «образа» цели. При этом достичь одинакового понимания общей цели всеми исполнителями невозможно без ее детализации в виде упорядоченного или неупорядоченного набора взаимосвязанных подцелей (целевых показателей), которые делают ее понятной и конкретной для разных исполнителей. Таким образом, задача формулирования общей цели в сложных социально-экономических системах, какой является здравоохранение, должна быть сведена к задаче структуризации цели.

Кроме того, существует зависимость способа представления структуры целей от стадии познания объекта или процесса (продолжение первой закономерности). Наиболее распространенным способом представления структуры целей является древовидная иерархическая структура.

Существуют и другие способы отображения: иерархия со «слабыми» связями, табличное или матричное представление, сетевая модель. Иерархическое и матричное описание – это декомпозиция цели в пространстве, сетевая модель – декомпозиция во времени. Промежуточные подцели могут формулироваться по мере достижения предыдущей, что может использоваться как средство управления. Перспективным представляется развертывание иерархических структур во времени, т.е. сочетание декомпозиции цели в пространстве и во времени.

Также имеет место проявление в структуре целей закономерности целостности. В иерархической структуре целей, как и любой иерархической структуре, закономерность целостности проявляется на каждом уровне иерархии. Применительно к структуре целей это означает, что достижение целей вышележащего уровня не может быть полностью обеспечено достижением подцелей, хотя и зависит от них, и что потребности, мотивы, программы, влияющие на формирование целей, нужно исследовать на каждом уровне иерархии управления сферой услуг здравоохранения, включая ее

самоуправляемые формы.

Теоретические основы и практика стратегического планирования в менеджменте дополняют процесс целеполагания в теории систем следующими важными методологическими системами:

- основная цель для сложной социально-экономической системы, какой является сфера услуг здравоохранения, задается экзогенно (из вне), т.е. системой более высокого уровня, где прежняя система является ее подсистемой;

- среда также является сложной системой и обладает всеми перечисленными свойствами сложной системы. Основной признак, по которому различают среду и систему – это наличие внутри самой сложной системы более жестких связей, чем связи между системой и средой. Степень жесткости связей определяет, возможно ли, и насколько возможно управлять процессами. Безусловно, управление элементами системы возможно;

- цель должна быть формализуема. Такая формализация имеет место при формировании критерия оценки эффективности системы, позволяющего оценить степень достижения системой поставленных целей. Формой гармонизации целей по вертикали и горизонтали выступает их согласование или приоритет целей высшего уровня над целями низшего уровня.

Системой более высокого уровня, по отношению к сфере услуг здравоохранения, как ее подсистемы, является социальная сфера народного хозяйства, задающая ее главную (основную) цель.

Понятие «социальная сфера» используется по-разному в различных контекстах. В экономической науке оно обозначает определенную группу отраслей, которую составляют: здравоохранение, физическая культура и спорт, образование, социальное обслуживание и социальное обеспечение, жилищное хозяйство, социальное страхование, пенсионное обеспечение. Перечисленные отрасли роднит, прежде всего, свойство непосредственно воздействовать на человеческую личность. «Прямое воздействие на личность определяет особую роль этих отраслей в удовлетворении потребностей,

развитии физических и духовных способностей людей, формировании «человеческого фактора» производства и общественного прогресса».

Все вышеперечисленные отрасли характеризуются следующими общими признаками:

- предоставляют блага, в основном, в форме услуг, предметом воздействия которых являются люди и возможности их повседневной жизнедеятельности (услуги – это различные виды деятельности, не создающие материальных благ и относящиеся к непроеизводственной сфере; услуга – это полезное действие, полезный эффект, который создается в процессе целесообразной деятельности, направленной на удовлетворение определенных потребностей людей) [118];

- потребление предоставляемых благ имеет значительные внешние эффекты;

- деятельность этих отраслей является объектом систематического применения ценностных оценок.

Социальный комплекс относится к третичному сектору народного хозяйства – сфере услуг, являющейся составной частью народно-хозяйственного комплекса, а значит, входит в общую систему экономических отношений, подчиняется общим экономическим законам, господствующим в данном обществе.

Отрасли социальной сферы имеют своим непосредственным адресатом людей, их материальные, физические и духовные возможности.

Содержательно сфера услуг, в целом, и здравоохранение в их числе относятся к разряду потребительского производства, где происходит потребление материальных благ, созданных в отраслях соответствующей сферы. Одновременно в здравоохранении происходит создание физической и психологической основы деятельности, трудового потенциала, производство личного фактора жизни общества [72].

Не случайно многие исследователи считают участие в воспроизводстве трудовых ресурсов и развития личности главным критерием выделения

рассматриваемых отраслей в особую группу [54, 72, 118]. Социально-культурный комплекс, бесспорно, вносит высокий вклад в выполнение данных функций, от чего в немалой степени зависит его место в народно-хозяйственной структуре.

Отрасли социальной сферы тесно связаны с деятельностью других отраслей общественной производства, в том числе и производственной сферы, поставляющей социальной сфере свою разнообразную продукцию. С другой стороны, отрасли национальной сферы, предоставляя населению, в том числе и занятому в общественном производстве, разнообразные услуги, оказывают реальное воздействие на потенциал рабочей силы, трудоспособность, образовательный и культурный уровень. Услуга, наряду с материальным благом, рассматривается, таким образом, как одна из разновидностей проявления результата конкретной профессиональной деятельности [32].

Отрасли социальной сферы характеризуются наличием четко выраженных внешних эффектов от потребления их благ теми, кому они непосредственно адресованы. Так, профилактика заболеваний и медицинская помощь заболевшим людям оказывают позитивное воздействие не только на тех, кто получает эти услуги, но и на других лиц, сокращая риск и масштабы заболеваемости населения. Всеобщая грамотность дает огромный эффект для функционирования всего общества и развития экономики. Культурная деятельность способствует распространению и освоению людьми социальных ценностей, консолидирующая общество. Социальное обеспечение и социальное обслуживание, предоставляя помощь беднейшим слоям общества, обеспечивают определенный уровень их удовлетворенности условиям жизни в данном обществе и снижают риск их антиобщественного поведения.

Отрасли социальной сферы постоянно выступают объектом ценностных оценок со стороны государства и общества. Например, возможности получения медицинской помощи и образования различными социальными группами являются в любом современном обществе предметом оценки с позиций социальной справедливости. Международные организации и

конституции многих стран относят доступность медицинского обслуживания, образования, культурных благ к числу неотъемлемых прав человека [72].

Для всей социальной сферы народного хозяйства основная траекторная цель сформулирована достаточно четко и заключается в духовном, интеллектуальном и физическом развитии человека. Однако указанная цель не имеет количественного выражения, что представляет определенные трудности оценки степени ее достижения.

Однако в зарубежной и отечественной научной литературе разработаны методические подходы к количественному определению качества жизни населения, которое включает набор индикаторов, характеризующих наиболее важные социально-экономические приоритеты развития.

Понятие «качество жизни» используется очень широко, но оно не имеет общепризнанной формализованной структуры и стандартного набора индикаторов. Приоритеты зависят от потребностей людей, тесно связанных с уровнем развития стран и регионов, поэтому критерии оценки качества жизни не совпадают для развитых и развивающихся стран. Наиболее полный перечень компонентов качества жизни, используемых в международных сопоставлениях и национальных оценках развитых стран, включает следующие показатели (индикаторы):

- доходы населения;
- бедность и неравенство;
- безработица и использование рабочей силы;
- динамика демографических процессов;
- образование и обучение;
- здоровье, продовольствие и питание;
- состояние жилища (населенных пунктов), инфраструктура, связь;
- ресурсы и состояние природной среды;
- культура, социальные связи, семейные ценности;
- политическая и социальная стабильность (безопасность);
- политические и гражданские институты (демократия и участие).

Оценки качества жизни сложны не только из-за многомерности этого понятия. Для разных групп населения представления о качестве жизни различны, и они выявляются через субъективные оценки. В западных исследованиях сочетаются объективные (статистические) и субъективные измерения, основанные на регулярных массовых опросах населения или оценках экспертов. Такие компоненты, как социальные связи, семейные ценности, политическая и социальная стабильность могут оцениваться только субъективно, так как объективных критериев не существует.

Для регионов России использование субъективных оценок пока невозможно — для этого нужны регулярные социологические обследования, репрезентативные для каждого субъекта РФ. Приходится использовать объективные (статистические) данные, хотя с их помощью можно измерить далеко не все компоненты качества жизни. Еще одна проблема интегральных оценок — определение значимости (веса) отдельных компонентов качества жизни, она остается неразрешимой.

Большинство зарубежных и отечественных исследований нацелено на максимально полное отражение всех компонентов, но при этом нередко возникает эффект «средней температуры по больнице» — чем больше показателей, тем сложнее объяснить полученный результат. Для многих регионов России этот эффект почти запрограммирован из-за сочетания индикаторов с противоположными значениями (минимальными и максимальными), а также проблем достоверности измерений большинства индикаторов.

Сотрудниками географического факультета МГУ по заказу Министерства экономического развития и торговли РФ разработан индекс качества жизни. Индекс предназначен для интегральной оценки приоритетных компонентов качества жизни в субъектах РФ и мониторинга социального развития регионов. Приоритеты в оценках качества жизни выбирались с учетом наиболее острых проблем переходного периода. Если в советское время различия в большей мере определялись условиями жизни

(доступностью и обеспеченностью базовыми услугами, благоприятностью условий проживания в регионе), то в переходный период на первый план вышли проблемы уровня жизни (низкие доходы и сильное неравенство по доходу), занятости (безработица), здоровья населения (низкая ожидаемая продолжительность жизни и здоровье детей). Эти компоненты включены в состав «кризисного» индекса качества жизни, разработанного для интегральной оценки региональных различий по наиболее проблемным аспектам качества жизни. С помощью такого индекса можно проводить мониторинг и экспресс-диагностику социальной ситуации в регионах [96].

Интегральный индекс рассчитывался как среднеарифметическое из четырех частных индексов, один из которых – индекс здоровья – рассчитывался как среднее из показателей долголетия (ожидаемой продолжительности жизни) и младенческой смертности. Значения каждого из частных индексов находятся в диапазоне от 0 до 1.

$$\text{«Кризисный» индекс качества жизни} = \frac{A + B + C + \frac{D + E}{2}}{4},$$

где А – индекс отношения среднедушевых денежных доходов к прожиточному минимуму;

В – индекс доли населения с доходами выше прожиточного минимума;

С – индекс уровня занятости населения;

Д – индекс ожидаемой продолжительности жизни;

Е – индекс младенческой смертности.

Нормирование частных индексов проведено по методу линейного масштабирования, который позволяет отслеживать динамику реального роста / снижения каждого регионального показателя относительно стабильных референтных точек (стабильных максимальных и минимальных значений показателя).

Референтные точки ожидаемой продолжительности жизни соответствуют используемым в индексе развития человеческого потенциала, младенческой смертности — среднемировым показателям (max) и

показателям наиболее развитых стран (min), прочие референтные точки определены эмпирически (табл. 2.1.1). Индекс младенческой смертности вычитался из единицы для приведения в сопоставимый вид.

Таблица 2.1.1.

Референтные и полярные значения индикаторов качества жизни

Индикаторы	Референтные точки		Региональные различия		Кратность, раз
	max	min	max	min	
1. Отношение душевых денежных доходов к прожиточному минимуму, раз	7,0	0	5,6	0,8	7
2. Доля населения с доходами выше прожиточного минимума, %	100	0	92	13	7
3. Уровень занятости, %	100	0	98	56	1,7
4. Ожидаемая продолжительность жизни, лет	85	25	74	56	1,3
5. Младенческая смертность	50	5	35	7	5

Ниже представлен расчет индекса и качества жизни населения десяти наиболее развитых в социально-экономическом плане регионов РФ и их рейтинг (табл. 2.1.2).

Таблица 2.1.2

Рейтинг регионов по индексу качества жизни

Регионы	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	№
РФ	0,681	0,703	0,722	0,735	0,754	0,773	0,793	
г. Москва	0,817	0,840	0,872	0,889	0,914	0,941	0,967	1
ЯНАО	0,805	0,810	0,824	0,803	0,802	0,802	0,801	7
ХМАО	0,786	0,798	0,804	0,815	0,825	0,835	0,845	3
Тюменская (с АО)	0,760	0,778	0,783	0,794	0,806	0,818	0,830	4
г. Санкт-Петербург	0,717	0,749	0,779	0,815	0,851	0,886	0,926	2
Коми	0,714	0,713	0,725	0,735	0,742	0,750	0,757	9
Татарстан	0,697	0,720	0,735	0,758	0,780	0,802	0,824	5
Карелия	0,697	0,697	0,700	0,702	0,704	0,707	0,712	10
Самарская	0,696	0,728	0,738	0,750	0,769	0,788	0,808	6
Ненецкий АО	0,693	0,715	0,779	0,697	0,730	0,741	0,775	8

Проведенными расчетами установлено, что показатели здоровья населения существенно влияют на результат: в первой десятке все субъекты имеют пониженную младенческую смертность и большинство – более высокую ожидаемую продолжительность жизни.

Только республика Коми, Самарская и Ярославская области отставали по продолжительности жизни в отдельные годы, но в них это отставание компенсируется пониженной младенческой смертностью и более высокими доходами населения. Относительно развитые регионы с худшими значениями обоих показателей здоровья населения не попадают в число лидеров. Среди аутсайдеров оказались те же регионы, что и по индексу развития человеческого потенциала (ИРЧП), поскольку в них сконцентрированы все проблемы качества жизни: низкие доходы, масштабная бедность и безработица, низкое качество медицинской помощи и чаще всего пониженное долголетие (за исключением республик Северного Кавказа).

Приведенная методика оценки качества жизни позволяет выделить такие два показателя (индикатора) охраны здоровья населения, которые в определенной степени характеризуют основную цель функционирования сферы услуг здравоохранения, как младенческая смертность и средняя продолжительность жизни.

Отечественными учеными рассматриваются несколько иные способы построения интегральных показателей качества жизни населения [96]. Качество жизни населения сложная, комплексная, системообразующая социально-экономическая категория, интегрирующая две составляющие: условия для развития и удовлетворения потребностей человека и степень развития удовлетворения потребностей, основанных как на объективной, так и субъективной оценке.

Предлагаемая структура категории «качество жизни населения» представлена следующими компонентами (с учетом экономической интерпретации и степени доступности статистической информации из официальных источников): уровень жизни, жилище, образование, здоровье,

окружающая среда, культура, правопорядок, труд.

Каждая компонента состоит из частных индикаторов, характеризующих качество жизни населения. Таким образом, предлагаемая система результативных показателей качества жизни состоит из 29 показателей, отражающих условия жизни человека, и 34 показателей, характеризующих степень развития и удовлетворения потребностей. При построении исходят из накопленного в статистических работах опыта: индекса социального развития, индекса физического качества жизни, индекса развития человеческого потенциала (ИРЦП), индекса развития с учетом гендерного фактора, индекса интеллектуального потенциала общества, человеческого капитала на душу населения, коэффициента жизнеспособности населения, «кризисного» индекса качества жизни.

Поскольку показатели имеют различные единицы измерения, для получения сопоставимых величин использован метод непараметрического оценивания (метод Паттерн). Система статистических показателей включает показатели здоровья:

- обобщающий показатель (заболеваемость на 1000 человек);
- частные показатели (число больничных коек на 10 000 населения, мощность амбулаторно-поликлинических учреждений, численность врачей на 10 000 человек, численность среднего медицинского персонала на 10 000 человек).

В научной литературе приводятся и другие комплексные показатели, характеризующие основную цель сферы услуг здравоохранения:

- социальные показатели (характеризуются показателями общественного здоровья – смертность от управляемых причин, первичный выход на инвалидность, временная нетрудоспособность по болезни и пр.). Оценка проводится на макроуровне органами исполнительной и законодательной власти с участием общественных организаций и населения;
- структурные показатели (характеризуются показателями Программы гарантий по видам медицинской помощи – скорая, стационарная,

амбулаторно-поликлиническая, стационаро-замещающая). Оценка проводится на уровне отрасли здравоохранения муниципального образования или в целом региона органами управления здравоохранения;

- медико-экономические показатели (характеризуются показателями достижения результата в лечении тех или иных заболеваний при применении различных методов и схем лечения). Оценка проводится на уровне учреждений здравоохранения.

Также предлагается система целевых показателей, дифференцированных по уровням управления здравоохранением, применительно к такой форме его организации и методу централизованного управления, как обязательное медицинское страхование.

На макро- и отраслевом уровнях достижение целей здравоохранения предлагается оценивать по увеличению сроков жизни населения, сокращению заболеваемости по тому или иному виду болезней, повышению качества оказания медицинских услуг населению и т.д.

На уровне учреждений здравоохранения, наряду с показателями объемов медицинских услуг (койко-дни на 1000 человек по профилям и уровням оказания медицинской помощи, количество пролеченных больных, количество посещений на 1000 человек, количество вызовов «скорой помощи» на 1000 человек, количество дней пребывания в дневных стационарах на 1000 человек) можно использовать группу следующих показателей для измерения результатов деятельности системы здравоохранения и ее учреждений:

- заболеваемость населения (число заболеваний, зарегистрированных у больных с впервые установленным диагнозом; на 1000 человек), в том числе по основным классам болезней;

- совокупность всех больных данной болезнью, обратившихся в амбулаторно-поликлинические учреждения, как в текущем, так и в предшествующие периоды и состоящих на учете на конец отчетного периода;

- заболеваемость населения с временной утратой трудоспособности

характеризуется числом календарных дней временной нетрудоспособности;

- первичная инвалидность – число лиц, впервые признанных инвалидами в текущем году;

- смертность;

- количество жалоб населения на качество оказанных медицинских услуг.

Проведенное исследование позволяет обосновано предложить несколько целевых показателей здоровья населения России, соответствующих основной цели социальной политики государства в области здравоохранения – укрепление здоровья: ожидаемая продолжительность жизни населения, младенческая смертность и уровень заболеваемости населения.

С 1999 года Всемирная Организация Здравоохранения стала активно использовать новый индикатор – продолжительность здоровой жизни, то есть, ожидаемая продолжительность жизни новорожденного с учетом существующего на тот момент показателя смертности. Новый индикатор также учитывает количество времени, которое человек проводит в нездоровом состоянии. Этот критерий более корректно описывает эффективность системы здравоохранения в различных странах. Исследования ВОЗ показывают, что число лет, проведенных человеком в нездоровом состоянии, значительно выше для жителей бедных стран. В среднем, представитель наиболее «здоровой» нации проводит в нездоровом состоянии 9% своей жизни, в то время, как для наименее «здоровых» стран это показатель равен 14%.

Изменение абсолютных значений указанных показателей за 1999 – 2008 годы представлено в таблице 2.1.3 [64].

Таблица 2.1.3

Динамика основных показателей здоровья населения РФ

Годы	Ожидаемая продолжительность жизни, лет		Младенческая смертность на 1000 п.р.	Заболеваемость на 10 чел.
	Мужчины	Женщины		
1992	61,91	73,66	18,94	10,46
1993	58,75	71,80	19,00	10,94

Продолжение таблицы 2.1.3

1994	57,42	71,08	18,31	11,09
1995	58,12	71,59	17,10	11,52
1996	59,62	72,40	16,39	11,41
1997	60,85	72,84	16,22	11,79
1998	61,22	73,13	16,70	11,99
1999	59,87	72,40	16,91	12,71
2000	59,03	72,26	15,30	13,24
2001	58,92	72,17	14,65	13,38
2002	58,68	71,90	13,31	13,82
2003	58,55	71,84	12,46	13,94
2004	58,89	72,30	11,57	14,05
2005	58,87	72,39	10,97	14,25
2006	60,36	73,22	10,22	15,01
2007	60,98	73,69	9,90	15,54
2008 (оценка)	61,61	74,15	9,24	15,59

В экономико-математической постановке уровень здоровья можно рассматривать как векторную величину, компоненты которой отражают некоторые измеримые показатели уровня. Так, как измеримые показатели уровня зависят от нескольких факторов, их значения можно рассматривать как случайные переменные. Значения показателей уровня ограничены определенным интервалом изменения ($\max - \min$) и вероятность распределения значений показателей непрерывна в заданном интервале, т.е. они могут принимать любые значения. Тогда, значения показателей могут быть нормированы к интервалу $[0; 1]$ на основе одного из преобразований:

$$X_i = \frac{X_{\max}}{X_i^0} \quad \text{ёёё} \quad X_i = \frac{X_{\min}}{X_i^0}$$

где X_i^0 – ненормированное значение i -го частного показателя ($i = 1, n$);

X_i – нормированное значение i -го частного показателя;

$X_{\max}$, $X_{\min}$ – максимальное, минимальное значение определенного частного показателя, соответственно.

Расчет нормированных значений показателей уровня здоровья проведен в таблице 2.1.4.

Таблица 2.1.4

Динамика основных показателей здоровья населения РФ

Годы	Продолжительность жизни		Младенческая смертность	Заболеваемость	Уровень здоровья
	Мужчины	Женщины			
1992	1,000	0,993	0,488	1,000	0,993
1993	0,949	0,968	0,486	0,956	0,962
1994	0,927	0,959	0,505	0,943	0,950
1995	0,939	0,965	0,540	0,908	0,957
1996	0,963	0,976	0,564	0,917	0,971
1997	0,983	0,982	0,570	0,887	0,980
1998	0,989	0,986	0,553	0,872	0,984
1999	0,967	0,976	0,546	0,823	0,971
2000	0,953	0,975	0,604	0,790	0,967
2001	0,952	0,973	0,631	0,782	0,966
2002	0,949	0,970	0,694	0,757	0,963
2003	0,946	0,969	0,742	0,750	0,961
2004	0,951	0,975	0,799	0,744	0,967
2005	0,951	0,976	0,842	0,734	0,968
2006	0,975	0,987	0,904	0,697	0,982
2007	0,985	0,994	0,933	0,673	0,989
2008 (оценка)	0,995	1,000	1,000	0,671	0,996

Считается, что интегральный показатель (Y) есть линейная комбинация отдельных частных показателей (X_i), нормированные значения которых изменяются от 0 до 1:

$$Y = \alpha_1 \cdot X_1 + \alpha_2 \cdot X_2 + \dots + \alpha_n \cdot X_n = \sum_{i=1}^n \alpha_i \cdot X_i,$$

где a_i – коэффициенты весомости i -ых показателей уровня здоровья в интегральном.

Экономико-математическая интерпретация коэффициентов весомости заключается в том, что, чем больше вариация интегрального показателя уровня здоровья относительно вариации данного частного показателя, тем выше его коэффициент весомости. Для расчета весовых коэффициентов отдельных показателей в интегральном определяется отношение дисперсии интегрального показателя к дисперсиям отдельных показателей.

Дисперсия интегрального показателя (σ_Y^2) определяется из условия равенства единице суммы весовых коэффициентов:

$$\sum_{i=1}^4 \frac{\sigma_Y^2}{\sigma_{X_i}^2} = 1, \quad \sigma_Y^2 = 0.00009488.$$

Рассчитанные дисперсии частных показателей и их весовые коэффициенты представлены в таблице 2.1.5.

Таблица 2.1.5

Дисперсии и коэффициенты весомости частных показателей
уровня здоровья населения РФ

Показатели	Продолжительность жизни		Младенческая смертность	Заболеваемость
	Мужчины	Женщины		
Дисперсия	0,0004484	0,0001222	0,028	0,011
Коэффициент весомости	0,212	0,776	0,004	0,008

Расчет интегрального показателя уровня здоровья населения РФ как суммы произведений нормированных значений частных показателей на их коэффициенты весомости проведен в таблице 2.1.4.

Таким образом, наиболее высокий уровень здоровья населения РФ (0,996) ожидается в 2008 году, а наименее высокий (0,950) был в 1994 году.

Проведенная оценка уровня здоровья населения должна быть дополнена

анализом чувствительности (эластичности) интегрального показателя к изменению частных, оценкой существенности влияния частных показателей на интегральный, а также определением доли интегрального показателя здоровья населения РФ, зависящей от объемов и качества услуг сферы здравоохранения. Решение указанных вопросов связано с разработкой соответствующих методик и является предметом отдельного исследования.

2.2. Декомпозиционное представление основной цели сферы здравоохранения

Декомпозиция основной цели системы здравоохранения заключается в выделении сфер, уровней и групп целевых показателей, имеющих между собой причинно-следственные взаимосвязи, а также определении показателей внешней по отношению к сфере здравоохранения среды, определенным образом влияющих (способствующих или противодействующих) на достижение основной (глобальной) цели.

В существующей научно-методической и нормативно-правовой литературе сформированы цели, задачи и направления развития сферы здравоохранения РФ в части бюджетного планирования деятельности Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации на 2008 год и на период до 2010 года [33].

Классификация целевых показателей декомпозиции уровня здоровья населения предусматривает их деление по сферам системы здравоохранения: показатели медицинских услуг, санитарно-эпидемиологических, санитарно-просветительских, санаторных, врачебно-физкультурных, услуг хосписов, детских домов, судебно-медицинских и т.д. По уровням соподчиненности в цепи причинно-следственных связей в сфере медицинских услуг можно выделить следующие показатели:

- младенческая смертность, ожидаемая продолжительность жизни, уровень заболеваемости (2-й уровень);
- объем амбулаторно-поликлинической помощи, объем стационарной помощи, объем помощи в дневных стационарах, объем оказанной скорой

медицинской помощи, уровень госпитализации, длительность пребывания в круглосуточных стационарах (3-й уровень);

- доля профилактических посещений врачей, подушевой норматив финансирования программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи, доля врачей квалификационных категорий, удовлетворение в высокотехнологичной помощи, доля финансирования здравоохранения через систему ОМС в общем объеме государственного финансирования (4-й уровень).

Если рассмотреть только целевые показатели медицинских услуг сферы здравоохранения, то их упорядоченное множество, включая взаимосвязи, можно представить в виде карты стратегических целей (см. рис. 2.2.1).

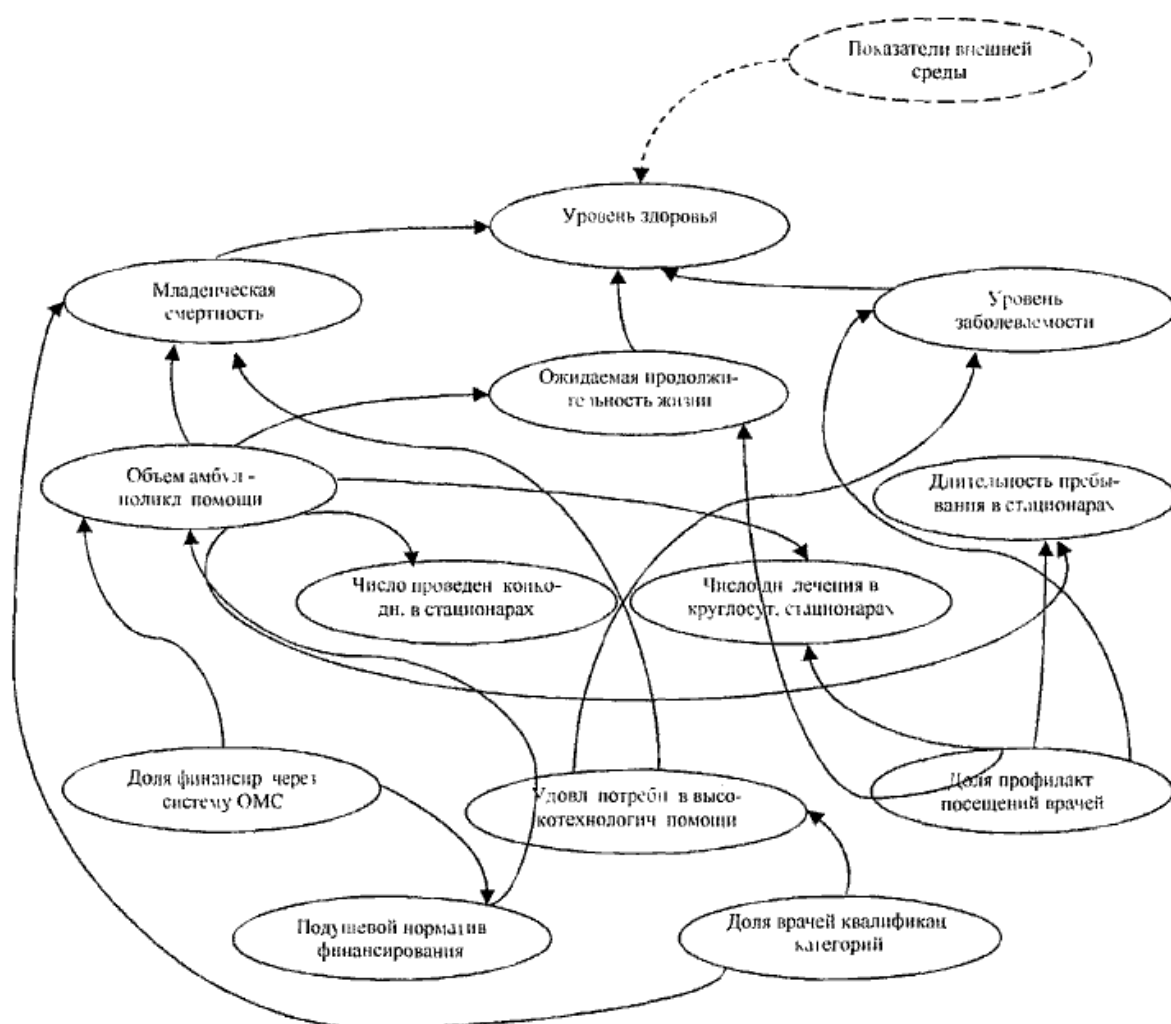


Рис. 2.2.1. Карта стратегических целей (целевых показателей) медицинских услуг сферы здравоохранения

Внешней средой для упорядоченного множества целевых показателей сферы медицинских услуг можно считать, во-первых, целевые показатели прочих сфер услуг в системе здравоохранения, изменения которых являются влияющими факторами. К прочим сферам услуг в системе здравоохранения РФ относятся санитарно-эпидемиологические, санитарно-просветительские, санаторно-курортные, лечебно-физкультурные услуги, услуги хосписов, детских домов, судебно-медицинские услуги и т.д. Во-вторых, к внешней среде относятся показатели состояния (факторы) социально-экономической, экологической, культурно-психологической и социо-политологической сфер народного хозяйства.

Социально-экономические показатели (факторы) влияют через уровень доходов и потребления, уровень занятости на состояние здоровья населения. Влияние социально-экономических факторов проявляется двояко. Прямое негативное действие, например, низкое потребление продуктов питания, оказывает влияние на его сбалансированность по минеральным веществам, витаминам и животному белку. Это ведет к снижению иммунитета и заболеваниям. Социально-экономические факторы оказывают косвенное влияние на здоровье населения через совокупность стрессовых воздействий.

Существуют исследования роста риска ухудшения здоровья при нарастании экономических трудностей. Два основных объяснения этого влияния: «провокации», то есть прямого стрессогенного влияния экономических трудностей, и «вскрытия», когда за медицинской помощью обращаются люди, ранее не лечившиеся или переносившие заболевания в субклинической форме. Больше данных было получено в пользу гипотезы «вскрытия», однако авторы не исключают возможности альтернативных объяснений, например, действия скрытого третьего фактора [128].

Одним из разделов базисного Чикагского исследования процесса стресса явилось изучение алкоголизации как стратегии преодоления вызванного стрессом напряжения. Экономические факторы оценивались по показателям дохода и актуально переживаемого экономического напряжения.

Регрессионный анализ выявил, что экономические трудности вызывали тревогу. При низком чувстве мастерства и низкой самооценке вероятность употребления алкоголя для устранения связанной с экономическим стрессом тревоги увеличивалась втрое.

Поскольку для переживания стресса решающее значение имеет когнитивный компонент, воспринимаемое экономическое благополучие – центральная переменная повреждающего действия экономического стресса. Помимо уровня удовлетворения базисных потребностей, требования индивида к доходу и потреблению реализуются еще на двух уровнях: поддержания определенного уровня стандартов жизни и чувства заслуженности вознаграждения за свой трудовой вклад и личные достоинства. При длительно существующей неспособности экономики удовлетворить эти требования возникает социальное давление на индивида.

Механизм такого влияния экономических факторов включает в себя помимо стресса, непосредственно индуцируемого у индивида экономическими трудностями, общий уровень стресса в популяции. В борьбе за выживание обесцениваются здоровье и производственная безопасность, что позволяет руководителям предприятий ухудшать условия труда, из-за снижения расходов разрушается система социального обслуживания, включая систему здравоохранения. Нарушаются сети социальной поддержки, в частности, в семье, где стрессогенные переживания ведут к нарастанию семейной дисгармонии.

С 1991 года на территории России увеличилось число случаев психических расстройств, болезней органов пищеварения, гипертонической болезни и сахарного диабета с их «омоложением», самоубийств, инфекционных заболеваний. Параллельно отмечался эксцессивный рост преступности и криминальной смертности, наркотизации и алкоголизации населения. Данные свидетельствуют о накоплении эффекта хронического стресса в виде роста числа психосоматических заболеваний и психических расстройств, связанных с инфекционной патологией. Больных же с

собственно психическими расстройствами изменение социально-экономической ситуации затронуло мало [128].

В ряде опросных исследований, проведенных как по общероссийской, так и по региональным выборкам, зафиксированы индуцированная экономическим стрессом тревога, снижение чувства субъективного благополучия и астено-невротическая симптоматика у большей части респондентов.

Здоровье населения и его отдельных социальных групп во многом определяется социально-экономическим статусом индивида. Основными показателями принадлежности индивида к определенному социальному классу являются профессионально-статусная позиция, образование и доход. Зависимость здоровья от принадлежности к социальному классу выступает одной из фундаментальных закономерностей социальной психологии здоровья.

Эта закономерность, получившая название классового градиента, заключается в том, что чем выше социальный класс, тем лучше здоровье его представителей. Классовый градиент устанавливается по большинству нервно-психических и соматических расстройств. Аффективные расстройства чаще встречаются у представителей высших классов. Невротические нарушения также принято чаще локализовать в высших классах, однако существенные классовые различия в причинах обращения за медицинской помощью делают это различие сомнительным. Популяционные исследования скорее свидетельствуют о том, что классовое распределение невротических расстройств не отличается от прочих заболеваний, однако эти результаты трудно сформулировать в диагностических категориях. Расстройства личности, проявляющиеся в нарушении социального поведения, могут, кроме того, чаще выявляться у представителей низших классов потому, что эти лица чаще привлекают внимание представителей правоохранительных органов и обследуются психиатрами в экспертном порядке.

Имеется две основные объяснительные модели для интерпретации

классового градиента. Первая из них получила название теории социальной причинности или социального стресса, вторая — теории социальной селекции [66].

В теории социальной причинности акцентируется значение объективно худших условий жизни представителей низших классов. Низкий профессиональный статус связан с работой во вредных условиях, монотонной или физически тяжелой. Низкий доход влечет за собой стесненные жилищные условия, проживание в районах с неблагоприятной экологической обстановкой, более низкое качество питания и т. п. Представителям низшего класса менее доступны оздоровительные ресурсы и возможности системы здравоохранения. Низкий социально-экономический статус вообще сопряжен с более высоким уровнем переживания жизненных трудностей и психотравм. Напротив, принадлежность к высшим социальным классам создает благоприятные условия жизни и доступ к материальным ресурсам сохранения и укрепления здоровья. Высокий образовательный уровень способствует адекватной социальной ориентации, усвоению гигиенических знаний и навыков.

Фактор «бедности» оказывает прямое повреждающее воздействие на здоровье только при своей крайней выраженности, когда недостаточность материальных ресурсов не позволяет удовлетворить основные жизненные потребности. В других случаях бедность влияет на психическое здоровье через процесс социального сравнения.

Выделение культурно-психологических факторов здоровья населения несколько условно и пересекается с социально-экономическим состоянием общества. Существует несколько основных путей влияния. Прежде всего, культурные особенности общества могут индуцировать стресс. Такими источниками стресса выступают различные институты социального контроля. Культура может создавать роли, повышенно стрессогенные для индивидов, занимающих соответствующие социальные позиции. Изменения в культуре могут приводить к созданию новых профессиональных ролей, для которых

отсутствуют нормативные регуляты поведения, выполняющие психологические защитные функции. Кроме того, культурные изменения могут приводить к стрессогенному изменению содержания традиционных ролей. В то же время культура создает способы социально приемлемого и одобряемого преодоления жизненных трудностей и кризисов. Имеются данные и о культурно детерминированных различиях в психологических реакциях преодоления. Сравнительный анализ данных исследований американской и российской популяций показал, что если при переживании стресса наиболее распространенной реакцией преодоления для американцев является «подход» и прямое преодоление, то для россиян — «избегание» и не прямое (внутриличностное) преодоление.

В сфере здоровья и болезни культурные различия проявляются многообразно. Субъективные репрезентации болезни в значительной мере культурно детерминированы. Это касается и наиболее распространенных в данной культуре «теорий» болезни и лечения, и восприятия отдельных симптомов, как требующих или не требующих профессиональной помощи. Существует ряд теоретических моделей, описывающих влияние культуры на здоровье и отличающихся по соотношению признаваемой значимости биологических, психодинамических и культурных факторов.

Формулируются две основные теоретические позиции по проблеме культурной обусловленности здоровья. В более ранней позиции, получившей наименование культурной относительности (релятивности), постулируется, исходя из существования культурно сформированных норм поведения, связанного с болезнью и здоровьем, возможность определения здоровья только в данном конкретном культурном контексте. Поэтому более признана сегодня позиция культурной релевантности, основным положением которой является утверждение о релевантности всех компонентов данной конкретной культуры друг другу. Это утверждение распространяется и на болезни, и на присущие данной культуре терапевтические практики.

Существенные субкультурные различия обнаруживаются не только

между этническими группами, с которыми они обычно отождествляются, но и между общностями различного типа и географической локализации, а также между социальными (индустриальными) организациями.

Экологические факторы играют существенную роль в состоянии здоровья населения. При изучении экологических аспектов здоровья населения исследованию и характеристике подлежит как внешняя среда, так и специфика заболеваемости населения. В рамки решения этой проблемы вовлекаются многие науки – медицина, статистика, экология, география, история, и сегодня эта наука получила название экологической медицины. Статистика экологической медицины получила свое развитие на основе медицинской географии. Как правило, ранее медико-географы изучали статистические характеристики распространения болезней, показывая частоту болезней в отдельных популяциях и обратную связь частоты заболеваемости и смертности по различным причинам и т.д. Большую роль в решении проблемы взаимообусловленности распространения ряда заболеваний с особенностями природной среды сыграло учение о биогеохимических провинциях. Благодаря этому стало известно, что окружающая человека внешняя среда, в частности, почва, питьевая вода, животные и растительные продукты, вследствие повышенного или пониженного содержания в них микроэлементов, представляют для здоровья местного (или пришлого) населения непосредственную или потенциальную опасность.

Особенно интенсивное развитие данное направление науки получило в шестидесятые и семидесятые годы прошлого столетия. В это время разрабатываются новые концептуальные и методологические проблемы, и оно превращается из науки, находящейся на стыке географии и медицины, в междисциплинарную науку, для которой характерно слияние разнообразных концепций и идей. Примечательной чертой являются социально ориентированные исследования, изучение пространственных аспектов планирования сети различных учреждений, их размещения, распределения ресурсов и т.п.

Среди направлений научных исследований в конце 20 века основным оставалось исследование заболеваемости населения в различных регионах в связи с воздействием неблагоприятных условий среды обитания человека. Используя экономико-статистические методы, в медико-географическом районировании осуществляется прогноз возможных изменений в состоянии здоровья населения в различных регионах, особенно в районах нового освоения, в местах строительства территориально-производственных комплексов.

Решение проблемы установления причинно-следственных связей между повреждающими факторами окружающей среды и здоровьем человека во многом связано со сложностью и непредсказуемостью ответной реакции организма на различные воздействия внешней среды, интенсивностью самих факторов, а также неспецифическим характером ответной реакции организма на действие огромного количества химических, физических и биологических воздействий.

Особую актуальность в настоящее время приобретает проблема исследования экологической безопасности городов, при котором здоровье населения рассматривается как приоритетный системообразующий фактор экологической ситуации в регионе.

Признаком эффективности мер по обеспечению безопасности, в том числе и экологической, является распознавание опасностей еще до того, как они приняли сколь либо угрожающий характер. Выделение характеристик, несущих информацию о предстоящих качественных изменениях, – главное условие реализации опережающего диагностического подхода.

В настоящее время во многих районах нашей страны разрабатываются программы выхода из экологического кризиса. Как правило, они начинаются с анализа социально-экономической ситуации, который необходим для выявления и ранжирования основных экономических и экологических проблем. Однако до сих пор отсутствует единая методика сравнительного анализа экологического состояния различных территорий, а каждый регион

вынужден самостоятельно вырабатывать систему критериев оценки для выделения зон с особым экологическим статусом.

Влияние загрязнения окружающей среды на здоровье жителей сегодня является общепризнанным фактом. Современной наукой накоплен обширный материал о причинно-следственных зависимостях между воздействием на организм отдельных факторов окружающей среды и показателями здоровья популяции. Тем не менее, проведение экономико-статистических исследований, целью которых является оценка одномоментного воздействия на население множества факторов, причин и условий, представляет собой сложную задачу. Ее решение требует проведения комплексных исследований, включающих сбор статистических данных об инфраструктуре территории, источниках загрязнения окружающей среды, демографической ситуации и т.п. Таким образом, методологические вопросы статистического анализа влияния неблагоприятных факторов окружающей среды на здоровье населения требуют более глубокой проработки.

В современных условиях уже существующие показатели недостаточно отражают влияние экологии на состояние здоровья населения. Не совпадают подходы к разработке новых показателей. В результате используются такие показатели, как жилая среда, образ жизни, производственные, социальные, биологические, демографические и т.п. Один из подходов заключается в обобщении ряда показателей, характеризующих различные стороны жизни. Но, до сих пор, ни один из разработанных показателей не отвечает требованиям к обобщающему показателю влияния окружающей среды на здоровье населения. Поэтому, большинство исследователей считает, что полная оценка влияния экологических факторов на здоровье человека возможна только лишь при учете и анализе большого числа показателей различного характера, а попытки свести столь сложное понятие к однозначной характеристике не может принести успеха.

Возникновение социологии медицины разные авторы относят к различным датам. Немецкий ученый М. Suss считает, что впервые

социологический анализ места здравоохранения в обществе был проведен в работе известного автора трудов по политической экономии W. Petty «Политическая арифметика» (1690). Профессор К. Winter относит начало медицинской социологии к середине нашего века, а советские авторы И.В. Венгрова и Ю.А. Шилинис связывают начало социологии медицины с именем Мак-Интайра (1895).

Только после второй мировой войны медицинская социология выделилась в самостоятельную отрасль науки: помимо врачей, занимавшихся социологией медицины, в разработку ее проблем включился широкий круг социологов не врачей.

Социология медицины как отдельная дисциплина сформировалась в зарубежных странах в 50-е годы (США, Великобритания, Германия и др.) в связи с необходимостью социологического осмысления роли и места медицины, системы здравоохранения, самого пациента в современных социально-экономических условиях и потребностью социологического образования для медицинского персонала.

По обобщенным материалам Всемирных конгрессов социологов (50-е 60-е гг. XX века) в области социологии медицины рассматривались следующие группы вопросов: роль факторов внешней среды в механизме возникновения, развития и исхода болезней (урбанизация, санитарно-технические условия на производстве, состояние профилактики); анализ причин заболеваний в различных социальных группах; оценка различных предупредительных мер; анализ деятельности лечебно-профилактических учреждений; роль общества в заболеваемости населения.

Толчком для быстрого развития социологии медицины послужила научно-техническая революция и связанное с ней изменение социальной и природной экологии существования человека. Стремительное проникновение научно-технического прогресса во все сферы общественной жизни привело к коренному изменению образа жизни людей, их психологии, сложившихся стереотипов поведения, представлений о болезни и здоровье [125].

Исходя из социологической концепции здоровья устава ВОЗ, которая определяет, что здоровье – это состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезни и инвалидности, и при этом существенным условием здоровья является способность к гармонической жизни в постоянно изменяющемся окружении, можно выделить факторы интеграции медицины и социологии, способствующие формированию социологии медицины в России как самостоятельной научной дисциплины: состояние социальной аномии в обществе в условиях возвращения к принципам рыночной экономики; потребность социологического осмысления роли и места системы охраны здоровья в жизни общества, использование социологических методов исследования в здравоохранении; изменение демографических процессов и структуры заболеваемости (старение населения, естественная убыль, хронизация заболеваний и др.); потребность в использовании социологических подходов для изучения и лечения заболеваний.

Предметом социологии медицины в настоящее время является:

1. Изучение медицины как социального института: медицина, как целостная система, социальные связи, социальное взаимодействие, социальные отношения, изучение медицины и здравоохранения с позиций социального детерминизма; формирование концепций развития медицины и здравоохранения; выделение культурно-исторических типов систем здравоохранения; изучение социальной гармонизации; социальные аспекты политики здравоохранения; социология организации здравоохранения; медицинский персонал, его социальная роль и положение; социология пациента; медицинское образование; социология медицинской профессии; социология здоровья и болезни; социология медицинской науки и медицинских технологий; социология экономической деятельности в здравоохранении; социология медицинского страхования.

2. Изучение медицины (социального института) как подсистемы социальной системы: взаимодействие с другими социальными институтами

общества; взаимодействие с экономической сферой общества; воздействие общества на развитие медицины, изучение влияния глобализации социальных процессов на медицину.

Фундаментальные направления исследования формируются на макро-, мезо- и микроуровнях социально-экономической иерархии.

Макроуровень характеризуется: следованием к принципам рыночной экономики, сменой парадигм, норм и ценностей в обществе; изменениями в социальной сфере общества, устранении идеологического пресса и ненужности обсуждения и критики с позиций «буржуазной науки»; трансформацией форм собственности и видов хозяйствования; стратификацией общества и появлением социальных групп.

Мезоуровень характеризуется: внедрением элементов коммерческой деятельности в здравоохранении; изменением характера экономических связей (хозяйствующие субъекты); ростом социально-экономической значимости медицинских услуг; изменение парадигмы: здравоохранение – экономически целесообразная область приложения инвестиций; ролью и местом медицинской науки; ролью и местом медицинских профессий.

Микроуровень, прежде всего, связан с: изменением экономического статуса ЛПУ и системы взаимодействия в медицинском коллективе; изменением экономического положения медицинского работника; ролью, местом, поведением пациента в новых условиях; динамикой отношений: врач – врач, врач – средний медперсонал, врач – пациент и т.д.; запросами практического здравоохранения (на уровне ЛПУ) (механизмы конкретного взаимодействия современного общества, отрасли и пациента).

Основными прикладными задачами социологии медицины в настоящее время являются следующие:

- расширение социологического кругозора на до- и последипломном этапе подготовки специалистов для здравоохранения;
- систематизация, совершенствование методологии, стратегическое планирование медико-социологических исследований в системе охраны

здоровья;

- реализация государственного заказа по оценке социальных результатов экономических нововведений, структурных преобразований и реформирования отрасли;

- использование результатов медико-социологических исследований в планировании и прогнозировании развития сети здравоохранения;

- использование конкретных медико-социологических исследований: для гармонизации интересов субъектов и участников ОМС; для интегральной оценки качества жизни и эффективности деятельности системы охраны здоровья и других целей.

Можно считать, что все рассмотренные факторы внешней среды определяют, наряду с услугами сферы здравоохранения, и, в частности, медицинскими услугами оказывают основное влияние на состояние и динамику здоровья населения.

По экспертной оценке Всемирной организации здравоохранения, состояние здоровья каждого человека зависит от четырех факторов: заложенной в организм генной программы – на 20%, экологии – на 20%, медицинского сервиса – на 10% и образа жизни – на 50%. Таким образом, решающее влияние на формирование здоровья человека оказывает его образ жизни (см. табл. 2.2.1).

Таблица 2.2.1

Классификация и удельный вес факторов здоровья населения

Сферы влияния факторов на здоровье	Группы факторов риска	Удельный вес (в %) факторов риска
Образ жизни	Курение	49-53
	Употребление алкоголя	
	Несбалансированное питание	
	Стрессовые ситуации (дистрессы)	
	Вредные условия труда	

Продолжение таблицы 2.2.1

	Гиподинамия	
	Плохие материально-бытовые условия	
	Потребление наркотиков, злоупотребление лекарствами	
	Непрочность семей, одиночество	
	Низкий культурный и образовательный уровень	
	Высокий уровень урбанизации и т.д.	
Генетика, биология человека	Предрасположенность к наследственным болезням	18-22
	Предрасположенность к так называемым дегенеративным болезням	
Внешняя среда	Загрязнение воздуха	17-20
	Загрязнение воды	
	Загрязнение почвы	
	Резкая смена атмосферных процессов	
	Повышенные гелиокосмические, радиационные, магнитные и др. излучения	
Здравоохранение	Неэффективность профилактических мероприятий	8-10
	Низкое качество медицинской помощи	
	Несвоевременность медицинской помощи	

В отношении целевых показателей медицинских услуг сложно определить вклад каждого в изменение уровня здоровья населения. Однако может быть проведен анализ и оценка существенности влияния отдельных факторов на основные показатели уровня здоровья, например, ожидаемую продолжительность жизни населения РФ. Оценка существенности влияния изменения отдельных целевых показателей медицинских услуг 3-го и 4-го уровней в их иерархии на изменение ожидаемой продолжительности жизни населения РФ, относящийся ко 2-му уровню иерархии, проводится на основе расчета β -коэффициентов – коэффициентов регрессии в стандартизованном масштабе. Предварительным этапом оценки существенности является определение регрессионных зависимостей показателя ожидаемой продолжительности жизни от изменения объема амбулаторно-

поликлинической помощи, подушевого норматива финансирования бесплатной медицинской помощи, удовлетворения потребности населения в высокотехнологичных видах медицинской помощи, доли профилактических посещений врачей.

Исходные данные для регрессионного численного и графического анализа целевых показателей медицинских услуг за 2005-2011 гг. (целевое значение) взяты из таблицы 1.2.1. Уравнение линейной регрессии ожидаемой продолжительности жизни населения РФ (Y) от изменения объема амбулаторно-поликлинической помощи (X) с коэффициентом корреляции (corr), равным 0,939, а также его графическая интерпретация (см. рис. 2.2.2), где $f(X)$ теоретическая линия регрессии, имеют следующий вид:

$$X := (8.9 \ 9 \ 9.8 \ 11.6 \ 11.1 \ 11.4 \ 13)^T$$

$$Y := (65.3 \ 66.7 \ 67.5 \ 68 \ 68.3 \ 68.5 \ 70.5)^T$$

$$\text{corr}(X, Y) = 0.939$$

$$\text{lin}(X, Y) = \begin{pmatrix} 57.116 \\ 1.003 \end{pmatrix}$$

$$f(X) := 57.116 + 1.003 \cdot X$$

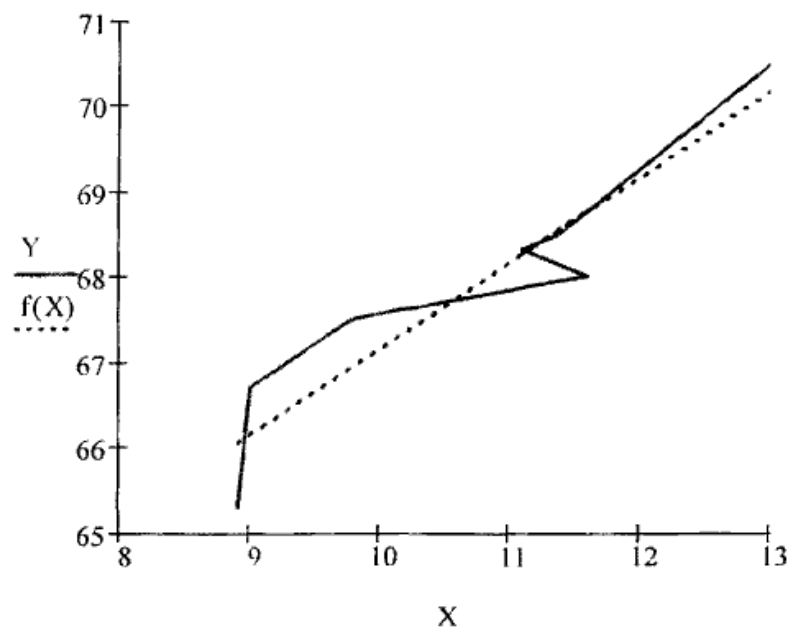


Рис. 2.2.2. Зависимость ожидаемой продолжительности жизни от объема амбулаторно-поликлинической помощи

Расчет абсолютной (Ξ) и относительной (E) эластичности ожидаемой продолжительности жизни населения РФ как результирующего признака от изменения каждого факторного признака проведен по следующим формулам:

$$\Xi = \frac{df(X)}{dX}, \quad E = \Xi \frac{\bar{X}}{f(\bar{X})}.$$

Абсолютная и относительная эластичность ожидаемой продолжительности жизни населения РФ от изменения объема амбулаторно-поликлинической помощи имеет следующие значения:

$$\Xi = 1,003(\text{год/посещений}), \quad E = 1,003 \cdot \frac{10,7}{67,85} = 0,16(\%).$$

Таким образом, изменение объема амбулаторно-поликлинической помощи на одно посещение одного человека в год приводит к изменению ожидаемой продолжительности жизни населения РФ на 1,003 года, а изменение на 1% - на 0,16%.

Уравнение линейной регрессии ожидаемой продолжительности жизни населения РФ (Y) от изменения подушевого норматива финансирования бесплатной медицинской помощи (X) с коэффициентом корреляции (corr), равным 0.915, а также его графическая интерпретация (см. рис. 2.2.3), где $f(X)$ теоретическая линия регрессии, имеют следующий вид:

$$X := (3.48 \ 3.38 \ 3.95 \ 5 \ 5.34 \ 5.67 \ 6.28)^T$$

$$Y := (65.3 \ 66.7 \ 67.5 \ 68 \ 68.3 \ 68.5 \ 70.5)^T$$

$$\text{corr}(X, Y) = 0.915$$

$$\text{linr}(X, Y) = \begin{pmatrix} 61.679 \\ 1.301 \end{pmatrix}$$

$$f(X) := 61.679 + 1.301 \cdot X$$

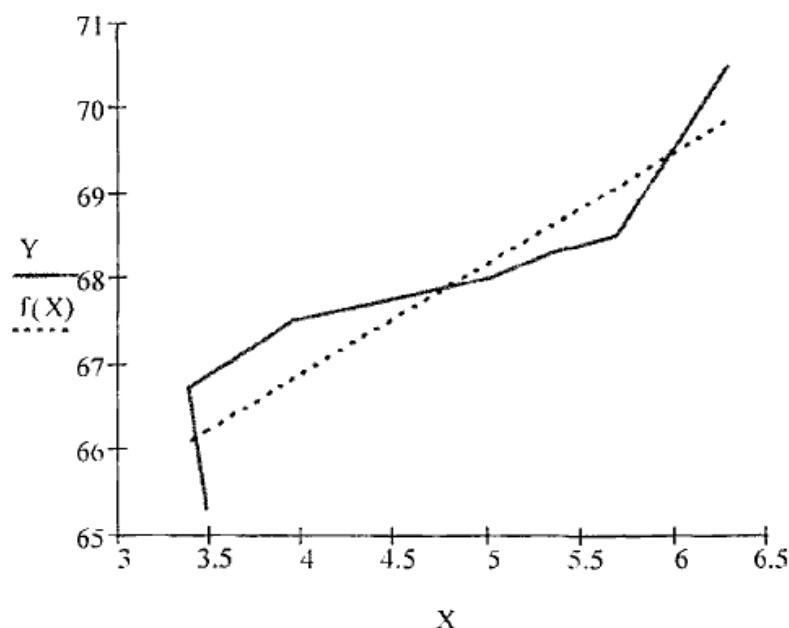


Рис. 2.2.3. Зависимость ожидаемой продолжительности жизни от подушевого норматива финансирования бесплатной медицинской помощи

Абсолютная и относительная эластичность ожидаемой продолжительности жизни населения РФ от изменения подушевого норматива финансирования бесплатной медицинской помощи имеет следующие значения:

$$\Xi = 1,301 (\text{год} / \text{тыс.руб}), \quad E = 1,301 \cdot \frac{4,73}{67,83} = 0,09 (\%).$$

Таким образом, изменение подушевого норматива финансирования бесплатной медицинской помощи на одну тысячу рублей в год приводит к изменению ожидаемой продолжительности жизни населения РФ на 1,301 года, а изменение на 1% - на 0,09%.

Уравнение линейной регрессии ожидаемой продолжительности жизни населения РФ (Y) от изменения удовлетворения потребности в высокотехнологичных видах медицинской помощи (X) с коэффициентом корреляции (corr), равным 0,939, а также его графическая интерпретация (см. рис. 2.2.4), где $f(X)$ теоретическая линия регрессии, имеют следующий вид:

$$X := (24 \ 29 \ 45 \ 60 \ 70 \ 80 \ 90)^T$$

$$Y := (65.3 \ 66.7 \ 67.5 \ 68 \ 68.3 \ 68.5 \ 70.5)^T$$

$$\text{corr}(X, Y) = 0.939$$

$$\text{linq}(X, Y) = \begin{pmatrix} 64.41 \\ 0.06 \end{pmatrix}$$

$$f(X) := 64.41 + 0.06 \cdot X$$

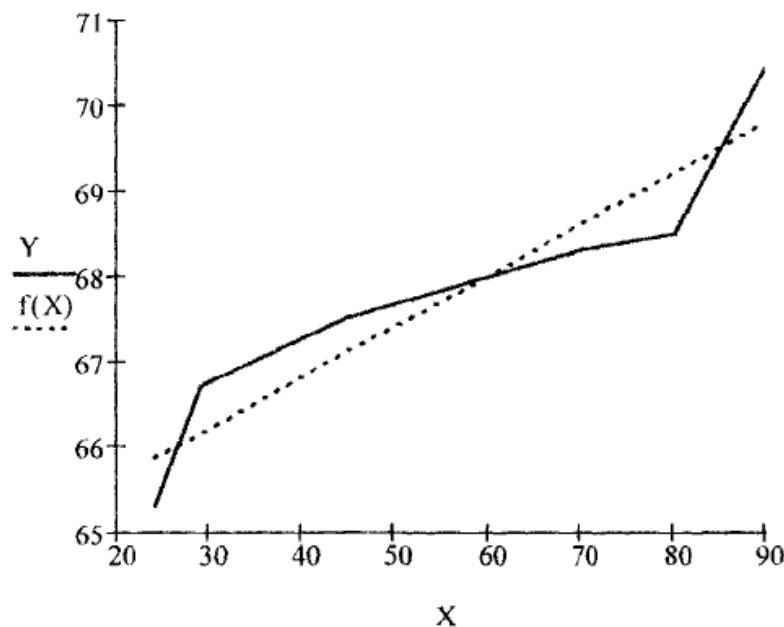


Рис. 2.2.4. Зависимость ожидаемой продолжительности жизни от удовлетворения потребности в высокотехнологичных видах медицинской помощи

Абсолютная и относительная эластичность ожидаемой продолжительности жизни населения РФ от изменения удовлетворения потребности в высокотехнологичных видах медицинской помощи имеет следующие значения:

$$\varepsilon = 0,06 (\text{год} / \%), \quad E = 0,06 \cdot \frac{56,86}{67,82} = 0,05 (\%).$$

Таким образом, изменение удовлетворения потребности в высокотехнологичных видах медицинской помощи на 1-процентный пункт

приводит к изменению ожидаемой продолжительности жизни населения РФ на 0,06 года, а изменение на 1% - на 0.05%.

Уравнение линейной регрессии ожидаемой продолжительности жизни населения РФ (Y) от изменения доли профилактических посещений врачей (X) с коэффициентом корреляции (corr), равным 0,792, а также его графическая интерпретация (см. рис. 2.2.5), где $f(X)$ теоретическая линия регрессии, имеют следующий вид:

$$X := (34 \ 30 \ 34 \ 36 \ 37 \ 38 \ 40)^T$$

$$Y := (65.3 \ 66.7 \ 67.5 \ 68 \ 68.3 \ 68.5 \ 70.5)^T$$

$$\text{corr}(X, Y) = 0.792$$

$$\text{lin}(X, Y) = \begin{pmatrix} 53.879 \\ 0.392 \end{pmatrix}$$

$$f(X) := 53.879 + 0.392 \cdot X$$

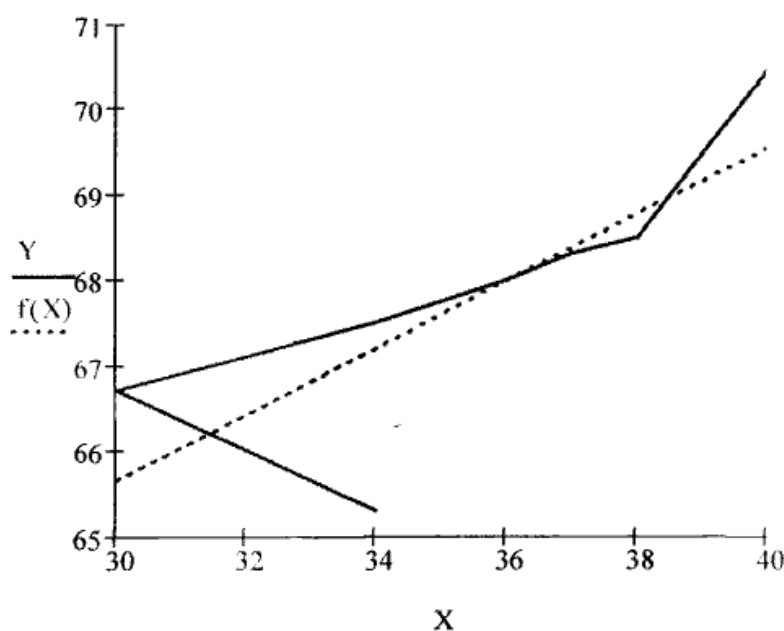


Рис. 2.2.5. Зависимость ожидаемой продолжительности жизни от доли профилактических посещений врачей

Абсолютная и относительная эластичность ожидаемой продолжительности жизни населения РФ от изменения доли

профилактических посещений врачей имеет следующие значения:

$$\Xi = 0,392 (\text{год}/\%), \quad E = 0,392 \cdot \frac{35,57}{67,82} = 0,21(\%).$$

Таким образом, изменение доли профилактических посещений врачей на 1-процентный пункт приводит к изменению ожидаемой продолжительности жизни населения РФ на 0,21 года, а изменение на 1% - на 0.21%.

Расчет β -коэффициентов, то есть коэффициентов уровней регрессии в стандартизованном масштабе для сравнительной оценки существенности влияния изменения показателей медицинских услуг осуществлен по следующей формуле:

$$\beta = b \cdot \frac{\sigma_x}{\sigma_y},$$

где b - коэффициенты уравнений регрессии в натуральном масштабе;

σ_x, σ_y - средние квадратические отклонения факторных (X) и результативного (Y) признаков.

Существенность влияния факторных признаков на результативный составит:

- объем амбулаторно-поликлинической помощи $0,939 \left(1,003 \cdot \frac{1,51}{1,613} \right);$
- подушевое финансирование бесплатной медицинской помощи $0,915 \left(1,301 \cdot \frac{1,135}{1,613} \right);$
- доля профилактических посещений врачей $0,792 \left(0,392 \cdot \frac{3,259}{1,613} \right);$
- удовлетворение потребности в высокотехнологичных видах медицинской помощи $0,938 \left(0,06 \cdot \frac{25,209}{1,613} \right).$

Следовательно, наибольшее влияние на ожидаемую продолжительность жизни населения РФ 2005-2011 гг. оказывают объем амбулаторно-

поликлинической помощи и удовлетворение потребности в высокотехнологичных видах медицинской помощи.

2.3. Разработка стратегий развития услуг системы здравоохранения

В теории стратегического планирования после осуществления процедуры целеполагания (постановки целей системы и их декомпозиции) предполагается разработка стратегий их достижения. Наиболее полно научно-методические основы разработки стратегий представлены в менеджменте и касаются такого субъекта экономических отношений, как коммерческая организация (компания, предприятие, фирма).

Теоретические основы разработки стратегий достижения поставленных целей отраслями, комплексами и сферами деятельности в научной литературе практически отсутствуют. Это можно объяснить сложностью стратегического планирования развития иерархических, слабо детерминированных экономических систем с неодинаковыми интересами их субъектов, имеющих разные цели, а также представления о способах их достижения.

Важность разработки стратегий развития сферы здравоохранения неоднократно подчеркивалась в заявлениях руководителей Минздравсоцразвития РФ. Так, Министерство здравоохранения и социального развития РФ намерено рассмотреть и разработать стратегию здравоохранения сроком не менее, чем на десять лет. Помимо этого, для увеличения финансирования здравоохранения ведомство планирует в кратчайшие сроки рассмотреть вопросы развития нацпроекта «Здоровье». Об этом заявила глава Минздравсоцразвития Татьяна Голикова, подводя итоги двухдневных общественных слушаний «Проблемы финансирования здравоохранения и качества оказания медицинской помощи» [64].

При этом она подчеркнула, что стратегию здравоохранения планируется принять с 2009 года. «Все защищают данную стратегию развития на финансовом уровне. Новая концепция будет включать в себя конкретные цели, механизмы реализации, предложения по изменению нормативно-

правовой базы, мероприятия и индикаторы для контроля. Для их разработки планируется проведение ряда коллегий Минздравсоцразвития РФ и заседаний общественного Совета при министерстве».

Министр здравоохранения и соцразвития объяснила, что такие серьезные программные действия необходимы для того, чтобы достичь целей, поставленных президентом Владимиром Путиным в «Концепции демографической политики РФ на период до 2025 года», то есть к 2016 году снизить смертность на 30% и увеличить ожидаемую продолжительность жизни до 70 лет, а к 2025 году снизить смертность на 60% и увеличить ожидаемую продолжительность жизни до 75 лет.

В свою очередь председатель Комиссия Общественной палаты РФ по вопросам здравоохранения Леонид Рошаль полностью поддержал предложения Татьяны Голиковой по необходимости разработки и принятия стратегии здравоохранения.

В рамках форума «Здоровье для всех» проведено обновление политики (стратегий и тактики) достижения здоровья на основе обмена опытом, примерами из практики и аналитических данных. Эта новая политика заключается в использовании четырех основных стратегических направлений улучшения здоровья населения:

1. Оказание больным медицинской помощи – это необходимый, но не единственный элемент политики «Здоровье для всех».

2. Медицинская профилактика включает такие направления деятельности, как иммунизация, санитарно-эпидемиологический надзор и осуществление программ раннего выявления болезней, каждое из которых, как правило, хорошо интегрировано в стандартную практику медицинского обслуживания населения.

3. Формирование здорового образа жизни предусматривает работу в таких областях, как улучшение питания, усиление физической активности населения, борьба с потреблением табака, алкоголя и других психоактивных веществ. Необходимость формирования здорового образа жизни широко

признается самыми различными сторонами, но зачастую только в виде абстрактной концепции. Когда же речь идет о разработке и реализации конкретной политики укрепления здоровья населения и об обеспечении финансирования работы в этом направлении, прогресс может быть довольно медленным.

4. Улучшение детерминантов здоровья – это деятельность, тесно связанная с укреплением здоровья, но выходящая за рамки поведения отдельных лиц и направленная на улучшение различных аспектов физической, социальной и экономической среды, во многом определяющих состояние здоровья, и, прежде всего на борьбу с бедностью. Действия, направленные на улучшение детерминантов здоровья, включают принятие соответствующих законов и нормативов, разработку политики и информационно-пропагандистскую работу, охватывающую все ведомства, отрасли и сектора.

В докладе о результатах и основных направлениях деятельности Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации как субъекта бюджетного планирования на 2008 год и на период до 2010 года сформулированы следующие стратегические направления (в контексте доклада-задачи) развития здравоохранения:

- повышение эффективности функционирования системы здравоохранения;
- обеспечение доступности и качества медицинской помощи;
- улучшение состояния здоровья детей и матерей;
- обеспечение качественными и безопасными лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения;
- предупреждение болезней и других угрожающих жизни и здоровью состояний.

Далее в докладе, например, первое указанное направление развития здравоохранения конкретизируется в перечне следующих крупных мероприятий:

- завершить на основе стандартизации отработку финансирования, в первую очередь, стационарных медицинских учреждений с ориентацией на конечный результат, с поэтапным переходом на преимущественно одноканальное финансирование;

- определить источники и порядок финансирования расходов на проведение мероприятий, по переводу стационарных медицинских учреждений на преимущественно одноканальное финансирование в пилотных территориях;

- выработать механизм взаимодействия федеральных органов исполнительной власти, органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации и муниципальных образований в сфере управления здравоохранением и источников финансирования здравоохранения на основе системы персонифицированного учета расходов в сфере социального страхования, связанного с медицинской, санаторно-курортной, лекарственной помощью населению.

Реализация данных мероприятий требует решения ряда задач:

- продолжить создание персонифицированного учета медицинской помощи населению Российской Федерации, включив в этот процесс стационарное звено;

- осуществить перевод учреждений здравоохранения, оказывающих амбулаторно-поликлиническую и стационарную помощь, на оказание медицинской помощи по конечному результату с учетом критериев качества и повышение уровня оплаты труда;

- внедрить стандарты оказания медицинской помощи и унифицированные методы финансирования медицинской помощи на основе нормативов финансовых затрат, рассчитанных на основе стандартов оказания медицинской помощи;

- создать преимущественно одноканальную систему финансирования здравоохранения;

- привести существующую материально-техническую базу медицинских

учреждений в соответствие с табелем оснащения;

- вывести часть объемов стационарной медицинской помощи и медицинских кадров в амбулаторно-поликлинические учреждения;
- внедрить элементы частичного фондодержания на амбулаторно-поликлиническом этапе оказания медицинской помощи.

Результатом повышения эффективности функционирования системы здравоохранения будет увеличение объема амбулаторно-поликлинической помощи, оптимизация деятельности стационаров, службы скорой медицинской помощи, переход на страховой принцип финансирования здравоохранения.

Обеспечение доступности и качества медицинской помощи как стратегическое направление развития сферы здравоохранения реализуется по двум направлениям: развитие первичной медико-санитарной помощи и обеспечение населения высокотехнологичной медицинской помощью.

Первое направление предусматривает:

- осуществление ежемесячных денежных выплат врачам общей (семейной) практики, врачам-терапевтам участковым, врачам-педиатрам участковым и медицинским сестрам врачей общей (семейной) практики, врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых, медицинскому персоналу фельдшерско-акушерских пунктов, врачам, фельдшерам и медсестрам скорой медицинской помощи с учетом объема и качества оказываемой медицинской помощи;
- дополнительная подготовка врачей по специальностям «общая врачебная практика (семейная медицина)», «терапия», «педиатрия»;
- оснащение амбулаторно-поликлинических учреждений муниципального уровня диагностическим оборудованием, службы скорой медицинской помощи санитарным автотранспортом;
- проведение дополнительной иммунизации населения в рамках Национального календаря профилактических прививок, в том числе против гриппа и гепатита В;

- проведение мероприятий по профилактике, выявлению и лечению инфицированных вирусом иммунодефицита человека, вирусами гепатитов В и С;
- введение дополнительных скрининговых программ обследования новорожденных детей на галактоземию, муковисцидоз и адреногенитальный синдром;
- проведение диспансеризации работающего населения по дополнительным программам, в том числе лиц, занятых на производствах с вредными и (или) опасными производственными факторами;
- дополнительная оплата первичной медико-санитарной помощи, оказываемой работающим гражданам и неработающим пенсионерам.

Второе направление включает:

- строительство новых центров высоких медицинских технологий в субъектах Российской Федерации (по направлениям сердечно-сосудистой хирургии, травматологии, ортопедии и эндопротезирования, эндокринологии, нейрохирургии, трансплантологии и репродуктивным технологиям);
- увеличение объема оказания высокотехнологичной медицинской помощи населению.

В рамках этого направления предусмотрены следующие мероприятия:

- внедрение новых технологий, снижение сроков ожидания этих видов помощи, развитие высокотехнологичных медицинских услуг;
- законодательное установление государственных гарантий медицинской помощи населению по видам, объемам, порядку и условиям ее оказания;
- стандартизация медицинских технологий. Реализация государственных гарантий будет осуществляться в рамках стандартов с утвержденным тарифом на медицинские услуги и лекарственные средства;
- увеличение числа посещений, в том числе профилактических, что будет способствовать раннему выявлению заболеваний, снижению числа обострений и осложнений при хронической патологии, а также уменьшению

объемов стационарной помощи;

- повышение эффективности использования коечного фонда (улучшение работы койки, увеличение оборота койки, снижение средней длительности пребывания в стационаре, сокращение необоснованных случаев госпитализации), в том числе за счет восстановительного лечения, долечивания в условиях санатория (реабилитация).

Проведенный анализ основных стратегических направления развития системы здравоохранения РФ и оказываемых ею услуг, сформулированных в докладе, показывает их достаточно высокий уровень разработки, в которой принимали участие ведущие специалисты сферы здравоохранения. Однако существуют недостатки разработанной авторами и представленной в докладе государственной политики и нормативно-правового регулирования в сфере здравоохранения. Эти недостатки заключаются в смешении понятий цели, стратегии и задачи деятельности в сфере здравоохранения, изложении стратегических направлений в виде их утилитарного перечня без должной систематизации и классификации по признакам отношения к глобальным (главным) стратегиям развития сферы здравоохранения, функциональным, предметным и ресурсным. Некоторые мероприятия (проекты) по реализации стратегических направлений деятельности Минздравсоцразвития РФ в сфере здравоохранения носят названия задач и /или направлений.

В целом верный подход к разработке стратегий деятельности в сфере здравоохранения имеет недостаточно высокое научно-методическое обоснование, которое должно проводиться в соответствии с системным подходом и теорией стратегического управления, трансформированной для народнохозяйственных сфер деятельности.

Имеют более высокое научно-методическое обоснование стратегические направления развития здравоохранения, разработанные Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) для Европейской министерской конференции ВОЗ по системам здравоохранения.

Например, специалистами ВОЗ выделено одно из глобальных

стратегических направлений развития национальных систем здравоохранения – улучшение здоровья матерей и детей, которое соответствует достижению, прежде всего, одной из главных подцелей 2-го уровня – снижению младенческой смертности.

Выделена предметная стратегия по данному виду оказываемых услуг: хорошо налаженная система направления пациентов для получения более специализированных услуг в целях обеспечения преемственности оказания помощи. От 9% до 15% всех случаев беременности связаны с теми или иными осложнениями (в некоторых работах приводятся даже более высокие цифры); в таких ситуациях беременную женщину необходимо незамедлительно направить в соответствующее лечебное учреждение, персонал которого обладает адекватными навыками и где имеется необходимое оснащение. Приблизительно в 5% случаев женщинам требуется высокоспециализированная интенсивная медицинская помощь с использованием дополнительного оборудования и ресурсов. От 10% до 20% новорожденных также нуждаются в специализированной помощи, причем от 5% до 10% – в хирургическом лечении или оказании помощи на более высоком уровне системы здравоохранения. Не все лечебные учреждения смогут оказывать такую помощь, но во всех должны быть предусмотрены механизмы направления в соответствующие учреждения более высокого уровня.

Сформулированы функциональные стратегии:

- научно обоснованные пакеты вмешательств и стандарты качества обслуживания в соответствии с международными рекомендациями. Эти пакеты должны включать такие виды услуг, как оказание квалифицированной медицинской помощи в ходе беременности, при родах и во время послеродового периода (помощь, как матери, так и новорожденному), услуги планирования семьи, а также, там, где это разрешено законом, услуги искусственного прерывания беременности и послеабортного ухода. Необходимы также вмешательства, обеспечивающие оказание помощи при

наиболее распространенных детских болезнях;

- механизмы повышения качества играют решающую роль в обеспечении адекватного обслуживания. Эти механизмы (необходимые проверки, системы регистрации и управления данными, оценка эффективности и т.п.) должны включать критерии для адекватного направления пациентов для оказания более специализированной помощи, принципы рационального использования лекарственных средств и инструментальных методов диагностики и лечения. Применение всех этих подходов позволит осуществлять корректировочные действия по мере возникновения необходимости;

- интеграция служб охраны здоровья матери и ребенка с другими программами первичной медико-санитарной помощи, в целях повышения эффективности. В основе успешных реформ и создания адекватных служб оказания охраны здоровья матери, новорожденного и ребенка – смещение акцента с больниц на первичное звено системы здравоохранения. Максимальное содействие прямым контактам медицинских работников с пациентами во время беременности и до ее наступления, во время родов и в период раннего детства обеспечивает более эффективное проведение мероприятий в сфере санитарного просвещения, гигиены окружающей среды, иммунизации, питания, планирования семьи, а также профилактики и лечения инфекций;

- совершенствование управления деятельностью медико-санитарных служб. Залогом квалифицированного оказания помощи является создание стимулирующей рабочей среды и адекватное управление кадровыми ресурсами, включая обеспечение благоприятных условий найма и эффективное руководство. Требуется также особое внимание к созданию мотивирующих стимулов для квалифицированных медицинских работников с целью сокращения текучести кадров. Актуален вопрос о пересмотре уровней оплаты труда. В ряде стран осуществляются специальные планы реорганизации служб оказания индивидуальной медико-санитарной помощи и

общественного здравоохранения;

- эффективная нормативно-правовая база играет ключевую роль в обеспечении подотчетности, необходимой для оказания высококачественной помощи всем женщинам и новорожденным, как в государственных, так и в частных медицинских учреждениях. Обеспечение полного и равноправного доступа к услугам в отношении репродуктивного здоровья, включая планирование семьи, лечение инфекций, передаваемых половым путем, искусственное прерывание беременности (где разрешено законом), а также доступа к необходимой информации и санитарно-просветительным мероприятиям, в ряде ситуаций требует пересмотра и изменения законодательства и проводимой политики. Необходимо развивать сотрудничество между системой здравоохранения и министерствами труда и социальных вопросов в целях обеспечения возможности для женщин сочетать материнство с трудовой деятельностью. Необходимо наличие соответствующих норм, гарантирующих устойчивое снабжение лекарствами, оборудованием и материалами, отвечающими международным стандартам качества. Это снабжение должно производиться с соблюдением принципов социальной справедливости;

- политическая приверженность имеет решающее значение для формирования правильных стратегических направлений. Следует обновлять (при необходимости – создавать заново) стратегические программы охраны здоровья матери и ребенка, основанные на надлежащих приоритетах. Однако высокие цифры материнской и детской смертности в некоторых странах, к сожалению, свидетельствуют о том, что, несмотря на ратификацию документов ООН и ВОЗ, политическая приверженность не всегда находится на достаточном уровне и в некоторых государствах-членах отсутствует долгосрочный всесторонний подход к решению данных вопросов. Наличие адекватной политической поддержки на национальном, региональном и местном уровнях имеет важнейшее значение. Интеграция стратегических вмешательств и инициатив по всем уровням и различным секторам может

способствовать обеспечению адекватной координации и мониторинга используемых нормативно-правовых механизмов поддержки;

- адекватная аналитическая информация. Ключевое значение для установления приоритетов и мониторинга достижений и трудностей в деле охраны здоровья матери и ребенка имеет хорошо налаженная информационная система здравоохранения. Неполное отражение материнской и детской смертности в официальной статистике – это, к сожалению, реальность для многих стран.

Специалистами ВОЗ разработаны ресурсные стратегии:

- достаточная численность медицинских работников для оказания основных видов услуг на каждом уровне оказания медико-санитарной помощи. Речь идет о семейных врачах, медицинских работниках с акушерскими, неонатологическими и педиатрическими навыками, а также об анестезиологах, медицинских сестрах и лаборантах. Во многих странах серьезным препятствием является недостаточная численность акушерок для оказания необходимой первичной помощи на дому или в медицинском учреждении (центр родовспоможения, родильный дом, отделение или самостоятельное учреждение, возглавляемое акушеркой). Большое значение имеют также кадры экономистов, плановиков и менеджеров. В последние годы многие страны обратились к решению проблем, связанных с кадровыми ресурсами;

- оптимальное сочетание профессиональных навыков у медицинских работников. Многие страны переходят от госпитального оказания медицинской помощи матерям и детям к подходу, основанному на принципах первичной медико-санитарной помощи, что обуславливает необходимость адаптации кадров к работе в новых условиях. Так, в ряде стран на смену старому принципу педиатрического обслуживания на базе больниц внедряется система, при которой медицинскую помощь детям оказывают семейные врачи. Однако во многих странах численность семейных врачей и уровень их навыков в области оказания интегрированной помощи матерям и

детям все еще недостаточны, и это обстоятельство представляет собой серьезную проблему в отношении устойчивости реформированной системы здравоохранения;

- адекватная материальная инфраструктура. Для обеспечения оптимального обслуживания матерей, новорожденных и детей медицинским работникам необходимы соответствующие помещения и рабочие условия. В ряде стран физическая инфраструктура нуждается в модернизации: требуется реконструкция или строительство новых зданий, улучшение планировки, электро- и водоснабжения. Адекватные инвестиции в строительство и реконструкцию зданий актуальны как для уровня первичной медико-санитарной помощи, так и в отношении больниц;

- постоянный доступ к необходимым медицинским технологиям. Эффективность медико-санитарной помощи матерям и детям зависит от наличия адекватных и экономически доступных медицинских технологий. Ни первичные, ни госпитальные службы не смогут оказывать высококачественную помощь без минимального набора основных лекарственных средств, расходных материалов и оборудования;

- прочная база prepaid услуг. В основе всех моделей, обеспечивающих финансовую защиту семей от катастрофических расходов, лежит принцип мобилизации источников финансирования, необходимых для сведения к минимуму прямых наличных выплат в момент использования услуг. К таким источникам относятся поступления от общих и целевых налогов, вклады социального страхования, предоплата в рамках местного коммунального страхования и взносы по частным страховым договорам. Повышение охвата населения услугами качественной квалифицированной помощи потребует не только дополнительных финансовых вложений, но и, что более важно, перераспределения имеющихся ресурсов с целью осуществления экономически эффективных, научно обоснованных вмешательств, направленных на улучшение показателей здоровья матерей и новорожденных;

- объединение ресурсов и рисков с целью соблюдения принципа солидарности. Для справедливого распределения финансовых и других ресурсов для оказания помощи матерям и детям среди богатых и нуждающихся слоев населения, равно как и среди жителей городов и сельской местности, необходима солидная ресурсная база. Такую базу можно создать за счет поступлений из достаточно большого числа источников, объединяемых в рамках относительно немногочисленных схем финансирования. Путем всеобщего охвата высококачественными услугами квалифицированной помощи можно предотвратить подавляющую часть случаев материнской и перинатальной смертности и еще большее число случаев заболеваемости и инвалидности в Регионе. Более эффективное управление процессом использования фондов дает возможность повысить уровень ресурсного обеспечения;

- стратегическое распределение ресурсов. Качество оказания помощи матерям и детям во многом зависит от наличия эффективных механизмов распределения ресурсов, в том числе в отношении оплаты труда медиков. Системы оплаты труда работников больниц и первичного звена должны быть направлены на повышение ответственности и показателей качества работы. Однако во многих странах Европейского региона применяемые схемы оплаты труда не обеспечивают необходимого уровня материального стимулирования в правильном направлении. Новые схемы оплаты и стимулы для семейных врачей, а также внедрение подушевого подхода к расчетам бюджетов в здравоохранении способствуют улучшению деятельности служб охраны здоровья матери и ребенка;

- поиск путей повышения эффективности. Эффективные механизмы финансирования формируются в результате кропотливой работы. Необходимо стремиться к постоянному поиску наиболее зарекомендовавших себя методов и приемов работы, а также к повышению подотчетности учреждений и структур, отвечающих за управление процессами финансирования здравоохранения. По мере накопления фактических данных, их следует

использовать в целях оценки эффективности применяемых моделей для повышения уровня использования услуг и обеспечения полноценного доступа малообеспеченных слоев населения и всех других нуждающихся к услугам медицинской помощи матерям и новорожденным. Многие страны реформировали или находятся в процессе реформы схем финансирования здравоохранения, включая и службы оказания помощи матерям и детям.

Исследование существующих подходов и классификаций стратегий сферы здравоохранения в научной литературе позволяет предложить их классификацию, учитывающую следующие основные признаки: вид стратегии (глобальная, предметные, функциональные и обеспечивающие); уровень управления (федеральный, региональный, местный); группа оказываемых услуг (медицинские, санитарно-эпидемиологические, санаторно-курортные, санитарно-просветительские, врачебно-физкультурные и т.д.); форма собственности (государственная, частная, частно-государственное партнерство); динамическая характеристика стратегии (стабилизационная, развития).

Разработку стратегий развития сферы здравоохранения в виде «карты стратегий» целесообразно рассмотреть на примере медицинских услуг, федерального уровня управления, государственной формы собственности (см. рис. 2.3.1).

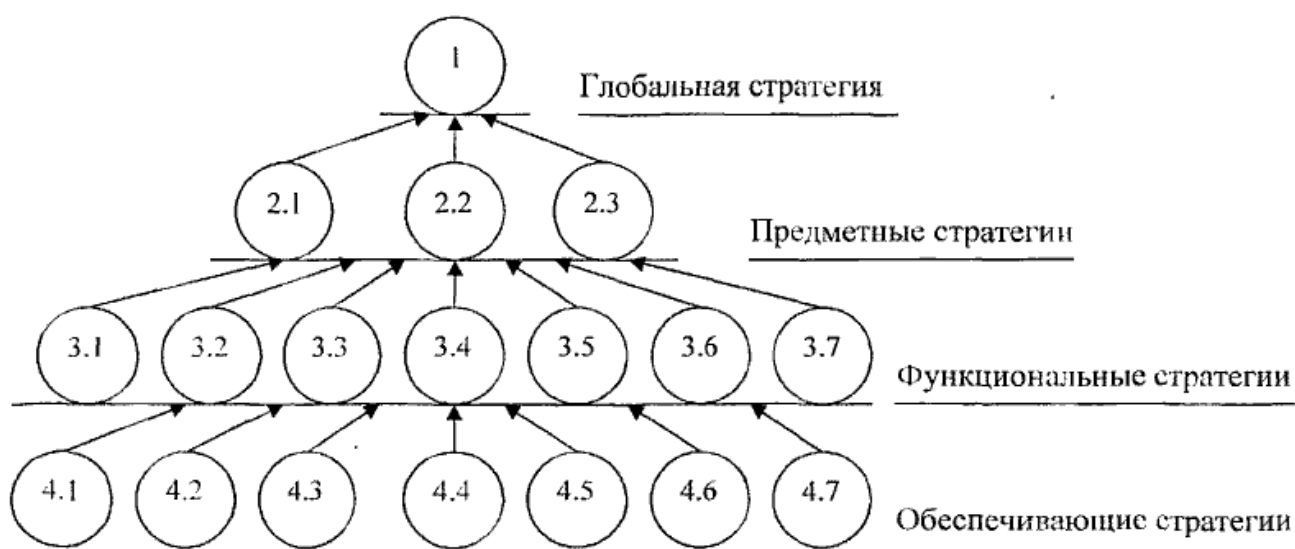


Рис. 2.3.1. Карта стратегий развития медицинских услуг

На рисунке показаны виды стратегий по номерам и взаимосвязи между ними:

1. Глобальная стратегия, соответствующая достижению основной цели медицинских услуг – укрепление здоровья населения: повышение доступности и качества медицинских услуг

2. Предметные стратегии

2.1. Усиление профилактической направленности медицинских услуг

2.2. Преимущественное развитие первичного звена оказания медицинских услуг

2.3. Улучшение состояния здоровья матерей и детей

3. Функциональные стратегии

3.1. Децентрализация управления предоставлением медицинских услуг

3.2. Переход на одноканальное финансирование медицинских услуг через систему ОМС

3.3. Повышение уровня квалификации врачей участковой службы

3.4. Рационализация ресурсного обеспечения медицинских услуг

3.5. Оптимизация государственных гарантий оказания бесплатных медицинских услуг

3.6. Развитие частно-государственного партнерства по предоставлению медицинских услуг

3.7. Обновление стратегических программ развития медицинских услуг

4. Обеспечивающие стратегии

4.1. Удовлетворение потребности в высокотехнологических видах медицинских услуг

4.2. Расширение применения научно-обоснованных стандартов оказания медицинских услуг

4.3. Применение системы менеджмента качества медицинских услуг и субсервиса

4.4. Нормативно-правовое обеспечение целей и стратегий развития медицинских услуг

4.5. Создание общей системы персонифицированного учета медицинских и социальных услуг

4.6. Информационно-коммуникационное обеспечение взаимодействия субъектов системы медицинских услуг

4.7. Развитие системы мониторинга, контроля и оценки эффективности достижения целей и реализации стратегий медицинских услуг.

Процесс стратегического планирования, в частности этап разработки стратегий, продолжается процедурой определения мероприятий по их реализации, которые в общем случае не являются стратегическими, поскольку могут проводиться в достаточно короткие сроки и в отдельности не способны обеспечить полную реализацию своей стратегии.

Ограниченность финансовых ресурсов, направляемых на развитие сферы здравоохранения, в частности, медицинских услуг, требует расчетов эффективности альтернативных стратегий и обеспечивающих их реализацию мероприятий. Существующие методы оценки эффективности реализации стратегий многообразны: от простейших экспертных оценок до сложных экономико-математических методов оптимизации, например, метода целочисленного программирования. Промежуточное положение по степени сложности и трудоемкости расчетов эффективности занимает метод функционально-стоимостного анализа.

Глава 3. Формы и методы управления развитием услуг регионального здравоохранения

3.1. Управление качеством услуг системы здравоохранения

Надлежащее качество услуг здравоохранения обеспечивается развитием таких составляющих (сфер) этой подсистемы управления, как организационно-правовая, материально-техническая, информационно-технологическая, кадровая и т.д. В отдельных случаях, когда отсутствуют стандарты качества отдельных видов услуг здравоохранения, целесообразно рассматривать экономическую (стимулирующую) составляющую этой подсистемы управления.

Важное значение в обеспечении качества услуг в организационно-правовой сфере имело постановление Правительства Российской Федерации от 11 ноября 2005 г. N 679 «О порядке разработки и утверждения административных регламентов исполнения государственных функций и административных регламентов предоставления государственных услуг». В постановлении указывалось, что контроль за соблюдением стандартов медицинской помощи представляет собой государственную контрольно-надзорную функцию по оценке соответствия оказываемой медицинской помощи требованиям, к проведению диагностических, лечебных и иных исследований и мероприятий, а также медикаментозного лечения при конкретных заболеваниях и состояниях, установленных стандартами медицинской помощи, а также требованиям к объемам и качеству медицинской помощи.

Контроль за соблюдением стандартов медицинской помощи включал в себя также контроль за предоставлением бесплатной медицинской помощи в рамках Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, утверждаемой Правительством Российской Федерации.

Для каждого вида медицинской помощи устанавливались стандарты медицинской помощи при конкретных заболеваниях, которые включают

перечень диагностических и лечебных медицинских услуг, с указанием количества и частоты их применения, перечень используемых лекарственных средств с указанием разовых и курсовых доз, перечень дорогостоящих изделий медицинского назначения (включая импланты, эндопротезы и т.д.), перечень компонентов крови и препаратов, лечебного питания, с указанием количества и частоты их использования (объем медицинской помощи).

Одной из практических форм реализации стратегии обеспечения услуг в сфере здравоохранения явился ее пилотный проект, принятый в постановлении Правительства Российской Федерации от 19 мая 2007 г. № 296 «Об утверждении перечня субъектов Российской Федерации, участвующих в реализации пилотного проекта, направленного на повышение качества услуг в сфере здравоохранения, и правил финансирования в 2007 году пилотного проекта, направленного на повышение качества услуг в сфере здравоохранения» [74].

Другой составляющей обеспечения качества услуг здравоохранения является информационно-технологическая подсистема управления, которая определяет способ построения и взаимодействия отдельных элементов структуры учреждений здравоохранения. Эта структура может быть построена на основе функционального или процессного подходов, являющихся формами использования системного подхода в управлении.

Используя основные положения и практику применения процессного подхода, автором разработаны соответствующие стандартам менеджмента качества (ГОСТ Р ИСО 9001-2001) процессные модели управления лечебно-профилактическим учреждением в государственной системе обязательного медицинского страхования. Так, разработана основная 8-ми процессная модель управления ЛПУ, включающая следующие виды процессов:

1. Выработка согласованных условий деятельности – все виды деятельности, направленные на согласование возможностей организации и ожиданий всех субъектов экономических отношений (органов управления, фондов обязательного медицинского страхования).

2. Воспроизводство трудовых ресурсов – все виды деятельности, направленные на восстановление в последующих периодах работоспособности персонала.

3. Материально-техническое обеспечение – заготовительная деятельность предприятия по обеспечению организации материально-техническими ресурсами в заданных количестве, качестве и сроках.

4. Разработка и модификация методов оказания услуг – это все виды деятельности, направленные на определение состава и методов оказания медицинских услуг.

5. Воспроизводство средств производства – все виды деятельности, направленные на восстановление в последующих периодах доступности и работоспособности технологического оборудования и объектов инфраструктуры.

6. Распределение услуг – заключаются в проведении мероприятий по обслуживанию клиентов и оценке их удовлетворённости.

7. Производство услуг – все виды деятельности, направленные на оказание услуг с требуемыми качественными характеристиками при использовании заданной технологии (методов) и соответствующих ей ресурсов.

8. Расчёты по обязательствам – все виды деятельности, направленные на погашение обязательств перед субъектами экономических отношений.

Проведена декомпозиция одного из основных процессов «Производство услуг» на десять подпроцессов, установлены информационные взаимосвязи, показаны основные управленческие воздействия (см. рис. 3.1.1).

Форма управления организацией, предоставляющей медицинские услуги (государственная и муниципальная, частная) оказывает существенное влияние на содержание, взаимосвязи и управление процессами предоставления услуг.

Для обеспечения качества государственных и муниципальных услуг в сфере здравоохранения представляются целесообразными разработка и

проведение добровольной сертификации на соответствие управления ЛПУ требованиям стандартов системы менеджмента качества.

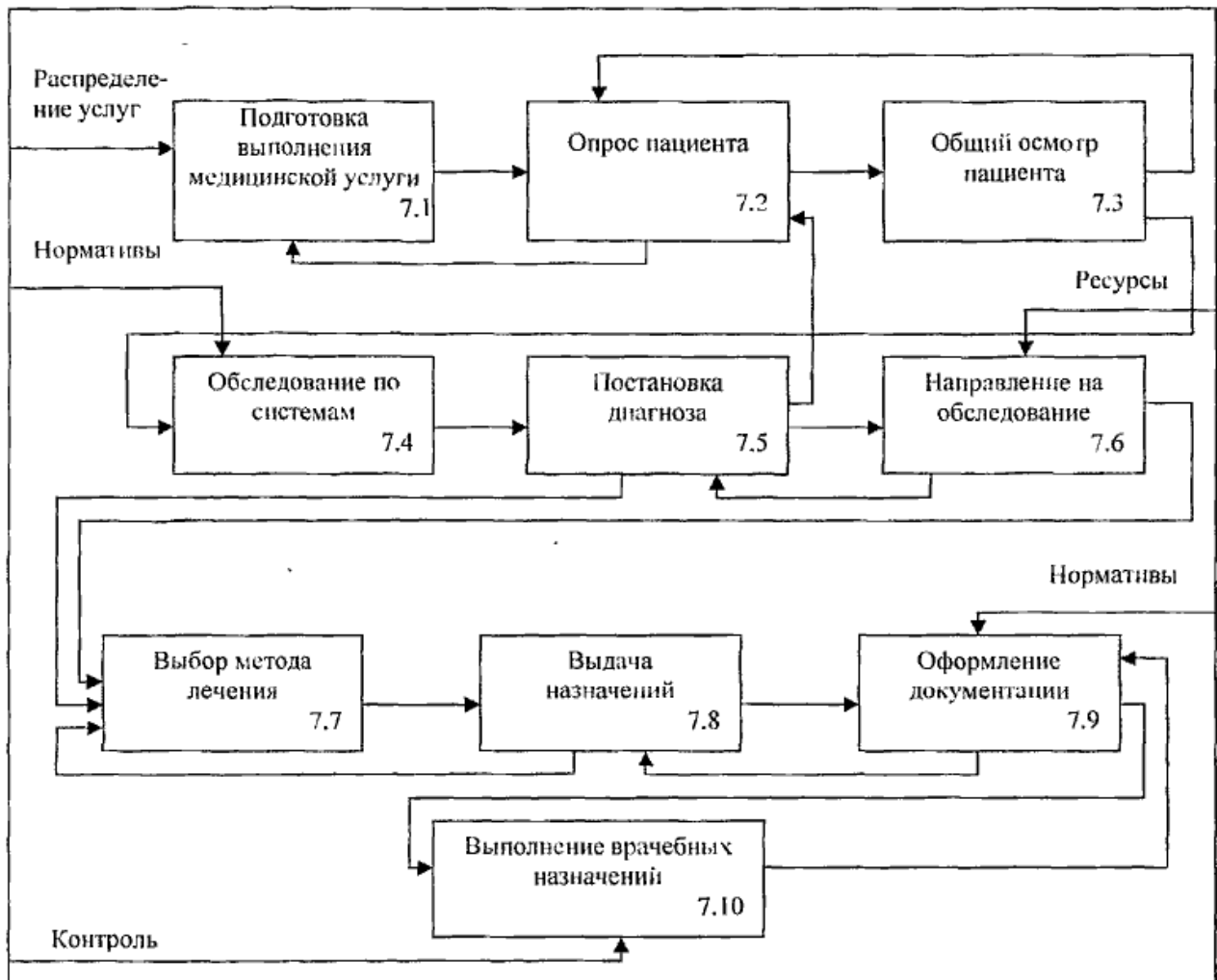


Рис. 3.1.1. Производство (оказание) амбулаторно-поликлинических услуг

Финансирование НИОКР по внедрению в ЛПУ системы менеджмента качества медицинских услуг федеральные, региональные и муниципальные органы управления здравоохранением могли бы взять из средств, выделяемых на реализацию приоритетного национального проекта «Здоровье».

Опыт внедрения системы менеджмента качества медицинских услуг в крупных ЛПУ (санаториях) федеральной формы собственности показал ее недостаточно высокую эффективность, причины которой нельзя отнести к недостаткам, низкому уровню разработки самой системы. Как показали

проведенные исследования, эффективность системы менеджмента качества медицинских услуг во многом определяется организационно-правовыми отношениями в этой сфере национальной экономики, которые закреплены в существующих нормативно-правовых актах, не способствующих в полной мере реализовать потенциально высокую эффективность систем управления качеством.

В организационно-правовой сфере подсистемы обеспечения качества услуг здравоохранения существуют многочисленные проблемы, решение которых является задачей органов федерального, регионального и муниципального управления.

Прежде всего, это касается несовершенства основных нормативно-правовых актов в сфере здравоохранения, которые недостаточно однозначно регулируют отношения в системе ОМС. В ситуации одновременного сосуществования в России медицинских услуг платного и бесплатного характера (для пациента) возникает множество правовых проблем относительно их реализации, юридического закрепления и правового режима. Действительность такова, что к одинаковым (по содержанию, качеству, характеристикам и т.д.) объектам гражданских правоотношений – медицинским услугам – законодательное и правоприменительное отношение различно. Связано это только лишь с различием способа оплаты медицинских услуг (а не полным его отсутствием) – прямым либо так называемым косвенным (когда платеж не исходит непосредственно от пациента).

Рассмотренная подсистема обеспечения качества услуг в сфере здравоохранения далеко не исчерпывает содержание этого важного для потребителя медицинских услуг (пациента) понятия. Существующие в научно-методической литературе подходы к оценке качества в основном акцентируют свое внимание на качестве процедур лечения и его исходе. Так, исследовательская группа ВОЗ предлагала рассматривать этот вопрос системно, выделив три основных компонента качества медицинской помощи:

- адекватность как показатель соответствия фактически оказанной

технологии обслуживания потребностям и ожиданиям населения, относящимся к медицинским проблемам (адекватность может быть оценена конечной пользой от применения конкретной процедуры с точки зрения ее влияния на качество последующей жизни);

- экономичность как показатель эффективности использованных средств (часто определяют соотношением затрат к достигнутым результатам);

- научно-технический уровень - современность применяемых методов лечения, диагностики, профилактики как показатель оценки полноты учета современных достижений в области медицинских знаний и технологий.

Европейское бюро ВОЗ в своем отчете, посвященном формированию принципов обеспечения качества медицинской помощи, указало на необходимость при решении данной проблемы учитывать четыре ее элемента: квалификацию специалиста; оптимальность использования ресурсов; риск для пациента; удовлетворенность пациента от взаимодействия с медицинской подсистемой.

Считается, что особенностью категории «качество» в приложении к медицинской помощи является то, что исполнение обследования и лечения больного в полном соответствии с видом патологии и спецификацией (категорией) медицинского учреждения не всегда полностью удовлетворяет пациента в связи с отсутствием у последнего объективного представления о возможностях коррекции реального патологического состояния средствами современной медицины.

Поэтому качество медицинской помощи – это содержание взаимодействия врача и пациента, основанное на квалификации профессионала, т.е. его способности снижать риск прогрессирования имеющегося у пациента заболевания и возникновения нового патологического процесса, оптимально использовать ресурсы медицины и обеспечивать удовлетворенность пациента от его взаимодействия с медицинской подсистемой.

Важнейшим условием проведения оценки качества медицинской

помощи является наличие стандартов качества медицинской помощи.

Стандарт качества медицинской помощи – это нормативные документы, устанавливающие требования к качеству медицинской помощи при данном виде патологии (нозологической форме) с учетом современных представлений о необходимых методах диагностики, профилактики, лечения, реабилитации и возможностей конкретного медицинского учреждения. Сегодня стандартизация позволяет обеспечить:

- экономию человеческих и материальных ресурсов при производстве;
- выбор оптимального решения;
- защиту интересов потребителя на основе стабильного обеспечения требуемого уровня качества товаров и услуг;
- охрану здоровья населения и безопасность труда;
- создание средств выражения идей и общения между заинтересованными сторонами.

Классификация медицинских стандартов содержит, в частности, стандарты на ресурсы здравоохранения, организационные и технические стандарты.

Стандарты на ресурсы здравоохранения содержат требования к квалификации медицинских специалистов, к недвижимости и оборудованию медицинских учреждений, к используемым медикаментам и материалам, а также требования к их изготовлению, хранению, подготовке, использованию и т.д. Примером таких стандартов являются квалификационные требования к специалистам, программам их обучения и аттестации.

Организационные стандарты содержат требования к системам организации, эффективного и безопасного использования ресурсов здравоохранения. Они касаются систем управления, организации лечебного процесса, информационного обеспечения, программы контроля качества и т.д.

Технологические стандарты регламентируют процесс оказания медицинской помощи. Несмотря на строго индивидуальный характер этого процесса, в нем можно выявить некоторые более или менее постоянные

основные компоненты:

- сбор анамнеза;
- физикальное исследование больного;
- ряд диагностических и лечебных процедур;
- услуги по уходу и реабилитации и т.д. Каждая из перечисленных

составляющих является как бы технологической единицей процесса оказания медицинской помощи и выполняется в соответствии с установленными традициями или письменными правилами.

При контроле качества медицинской помощи оцениваются три основных компонента качества медицинской помощи: структурный, процессуальный (технологический) и конечный результат.

Структурный компонент качества медицинской помощи (кадровые и материально-технические ресурсы) обеспечивается органами управления здравоохранением, которые регламентируют деятельность сети медицинских учреждений и условия их функционирования. Обеспечение качества медицинской помощи достигается лицензированием медицинских учреждений. Экспертиза показателей структуры производится органами лицензирования и аккредитации на основе следующих документов:

- типовые паспорта зданий и сооружений, в которых оказывается медицинская помощь;
- типовой паспорт оснащения медицинской техникой;
- типовой паспорт оснащения хозяйственно-организационной техникой;
- штатное расписание и квалификационные требования к специалистам (аттестационный сертификат);
- перечень запасов ресурсов, необходимых для оказания медицинской помощи.

Процессуальный (технологический) компонент качества определяется используемой технологией, которая оценивается с помощью медико-технологических, медико-экономических стандартов. Кроме этого проводится контроль технологий без использования стандартов и экспертиза механизмов,

обеспечивающих процесс управления лечебным процессом. Врачебные медицинские ассоциации участвуют в разработке рекомендаций по использованию медицинских технологий в диагностике и лечении пациентов, критериев оценки профессиональной подготовки специалистов. Механизмом повышения качества медицинской помощи на уровне врачебной и медицинской ассоциации является аккредитация ЛПУ и медицинских работников, то есть оценка соответствия их деятельности профессиональным требованиям.

Для оценки результативности медицинской помощи используются три группы показателей:

- медицинские: общие показатели (исходы) и специальные показатели результативности (для конкретных специальностей);
- экономические показатели эффективности работы в целом, инвестиционных программ, финансирования, использования финансовых средств;
- социальные: микросоциальные (удовлетворение качеством медицинской помощи) и макросоциальные (уровни смертности, рождаемости, средняя продолжительность жизни).

Однако удовлетворенность пациента от взаимодействия с системой здравоохранения определяется не только качеством процедур лечения и его результатами, но также обстоятельствами и условиями, при которых осуществляется подобное взаимодействие. Эти обстоятельства и условия также можно отнести к услугам, сопутствующим, собственно, медицинским услугам. Так, пациентам важны сроки регистрации по прибытию в ЛПУ, время ожидания приема в очереди, субъективная оценка квалификации персонала, наличие врачей узких специалистов, наличие аптечной точки и т.д. Важна психоэмоциональная и, следовательно, субъективная оценка доброжелательности персонала ЛПУ, дизайн помещения, наличие достаточной справочной информации, удобный график работы участковых врачей и прочие услуги, которые можно назвать сервисной поддержкой

медицинских услуг.

Результаты различных опросов показывают, что граждане не удовлетворены многими аспектами охраны здоровья и оказания медицинской помощи. Каждый четвертый пациент не удовлетворен работой участковой поликлиники, каждый пятый – стоматологической поликлиники, каждый шестой – работой участкового врача. По данным мониторинга «Здоровье москвичей» самую высокую среднюю оценку получила работа аптечных учреждений, все остальные медицинские организации получили менее четырех баллов по пятибалльной шкале. Обеспеченность специалистами пациенты московских поликлиник оценили на 2,85 балла, отношение медицинского персонала – на 3,10 [66].

Двадцатая часть респондентов отметили важность улучшения обслуживания: «в поликлинике особого интереса врачи к лечению больного не проявляют – выписывают рецепт и после лечения предлагают придти, как изменится здоровье», а также оптимизации организации медицинской помощи: «ликвидировать очереди», «надо приходить в семь часов утра, особенно трудно записаться к специалистам».

Необходимо использовать теорию обслуживания потребителей для оценки уровня сервисной поддержки медицинских услуг, которая применяется в других сферах национальной экономики. Современные научные представления о системе обслуживания потребителей организацией сферы услуг заключается в следующем:

1. Уровень обслуживания потребителей – это степень удовлетворения их потребности в необходимом количестве и качестве оказываемых услуг. Исходя из определения уровня обслуживания, его показатель следует конструировать в общем виде как сумму произведений числа требуемых услуг и количественных значений качества отдельной услуги. Эта общая формула оценки уровня обслуживания выражает сущность конструируемого показателя, но является малоприменимой для практических расчетов.

Для оценки интегрального (обобщенного) уровня медицинского

субсервиса могут быть использованы экспертные и расчетные методы. Экспертные методы чаще всего используются для обоснования процесса получения оценок. Расчетные методы определения обобщенного показателя, в свою очередь, могут быть разделены на методы анализа зависимости отдельных показателей и выбора группового показателя – обобщенного; методы сведения воедино оценок отдельных показателей и методы использования важнейшего единичного показателя. Первая группа расчетных методов может быть реализована математико-статистическими методами – корреляционно-регрессионным, факторным, каноническим анализом. Вторая группа расчетных методов широко использует средневзвешенные величины – арифметические, геометрические, смешанные и т.д. Третья группа может быть реализована экспертными оценками или выполнением кластеризации учитываемых показателей. При расчете обобщенного уровня обслуживания уделяется внимание важности отдельных свойств, задаваемых коэффициентами весомости единичных показателей. Расчет таких коэффициентов желательно строго обосновать, опираясь на объективную количественную информацию, получаемую из статистических или текущих значений контролируемых единичных показателей.

Конструирование показателя уровня обслуживания пациентов предполагает, что известны полученные экспериментальным путем или методом экспертных оценок коэффициенты весомости отдельных качественных параметров обслуживания (α_i) в интегральном показателе. Тогда уровень обслуживания пациентов, обеспечиваемый данной организацией (Y), можно определять по формуле:

$$Y = \sum_{i=1}^n \alpha_i \cdot \frac{a_i}{a_{\max}}, \quad \sum_{i=1}^n \alpha_i = 1. \quad (1)$$

Изменение отдельного качественного показателя уровня обслуживания (a_i) определяется его отношением к наилучшему ($a_{\max}$), если изменение значения показателя совпадает по знаку с изменением качества услуги. Если

эта динамика является противоположной, то изменение качества измеряется обратным отношением.

Для определения коэффициентов весомости отдельных видов услуг в степени удовлетворения потребности в общем объеме услуг и коэффициентов весомости отдельных качественных признаков в общем уровне качества данной услуги можно использовать несколько методов.

Среди методов определения весомости единичных показателей при расчете обобщенного показателя широко используется метод стоимостных регрессионных зависимостей, метод предельных и номинальных значений, метод эквивалентных соотношений и экспертный метод. Различие методов состоит в различии исходной информации.

Иногда значимость единичных показателей определяется экспертами в зависимости от степени влияния отдельных показателей на общий уровень обслуживания. В этом случае сумма баллов всех показателей должна быть равна величине общего уровня обслуживания, характеризующего качество услуги в целом. Как правило, при такой оценке качества устанавливаются максимально и минимально возможные баллы, определяются условия, при которых баллы начисляются.

Несовершенством экспертного метода оценки уровня обслуживания являются субъективность в определении единичных показателей обслуживания, необоснованность оценок; много времени требует определение удовлетворительного соответствия показателей обслуживания и назначенных баллов.

2. Появляется возможность выбора ЛПУ по сформированному перечню показателей составляющих обобщающий показатель уровня медицинского субсервиса. Алгоритм расчета уровня обслуживания пациентов ЛПУ и их выбор представлен на рис. 3.1.2.

Существует следующая последовательность расчетов:

- все показатели (критерии) делятся на три группы: количественные, качественные, релейные («да»/«нет»). Это позволяет использовать различные

подходы при их определении и расчете интегральных оценок для ЛПУ;

- к релейным показателям отнесены такие, которые имеют только два показателя: «да» или «нет». Выделение релейных показателей повышает объективность процесса выбора, а также позволяет сократить объем работы экспертов.

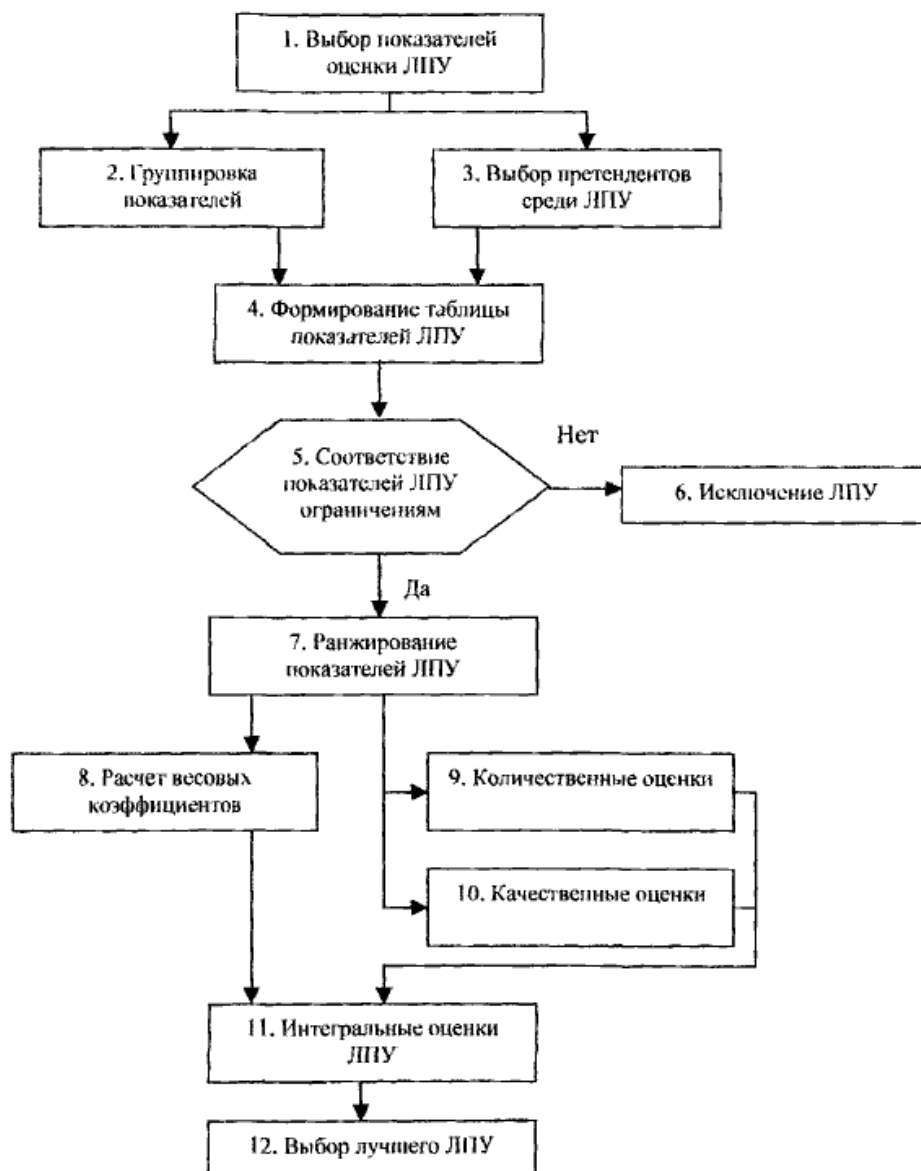


Рис. 3.1.2. Алгоритм расчета уровня обслуживания пациентов ЛПУ

Перечень частных показателей уровня медицинского субсервиса по отдельным лечебно-профилактическим учреждениям г. Самара представлен в таблице 3.1.1.

Таблица 3.1.1

Частные показатели (реальные и нормированные)
уровня медицинского субсервиса

Показатели	ЛПУ №10	ЛПУ №9	ЛПУ №15	ЛПУ №18
Время ожидания приема в очереди, мин.				
реальное	20	20	25	35
нормированное	1,0	1,0	0,8	0,6
Число врачей - узких специалистов				
реальное	3	5	7	8
нормированное	0,4	0,6	0,9	1,0
Доброжелательность персонала				
реальная	средняя	средняя	высокая	низкая
количественная	0,367	0,367	0,693	0,066
нормированная	0,5	0,5	1,0	0,1
Уровень квалификации (субъективная оценка)				
реальный	средний	средний	высокий	средний
количественный	0,367	0,367	0,693	0,367
нормированный	0,5	0,5	1,0	0,5
Наличие аптечной точки				
реальное	нет	да	да	нет
нормированное	0	1,0	1,0	0

3. Для получения оценок качественных показателей предлагается использовать функцию желательности, значения которой рассчитываются по формуле:

$$X_i = \exp[-\exp(-Y_i)], \quad (2)$$

где X_i – значение функции желательности;

Y_i – значение i -го параметра на кодированной шкале.

Значение Y_i на кодированной шкале располагается симметрично относительно 0. Использование функций желательности позволяет свести качественные оценки показателей к количественным, при этом те и другие находятся в интервале $-1+1$. В целях унификации качественные оценки могут быть нормированы относительно максимальных значений по строкам.

Количественные оценки качественных показателей уровня медицинского субсервиса показаны в таблице 3.1.2.

4. Весовые коэффициенты W_i , учитывающие степень влияния показателей на интегральную оценку, рассчитываются для количественных и качественных показателей по следующей формуле:

$$\alpha_i = \frac{\bar{X}_i \cdot \exp(-\bar{X}_i)}{\sum [\bar{X}_i \cdot \exp(\bar{X}_i)]}, \quad i = (1, 2, \dots, n),$$

где α_i – весовой коэффициент i -го частного показателя уровня обслуживания;

$\bar{X}_i$ – средняя величина нормированного значения i -го частного показателя уровня медицинского субсервиса.

Расчет весовых коэффициентов и интегральных уровней медицинского субсервиса по амбулаторно-поликлиническим услугам ЛПУ показан в таблице 3.1.2.

Таблица 3.1.2

Расчет интегрального уровня медицинского субсервиса
по амбулаторно-поликлиническим услугам

Показатели	Весовой коэфф.	ЛПУ №10	ЛПУ №9	ЛПУ №15	ЛПУ №18
Время ожидания приема в очереди	0,218	1,0	1,0	0,8	0,6
Число врачей - узких специалистов	0,211	0,4	0,6	0,9	1,0
Доброжелательность персонала	0,187	0,5	0,5	1,0	0,1
Уровень квалификации (субъективная оценка)	0,202	0,5	0,5	1,0	0,5
Наличие аптечной точки	0,182	0	1,0	1,0	0
Интегральный уровень (итого)	1,00	0,497	0,722	0,935	0,462

Таким образом, значения интегральных показателей уровня обслуживания пациентов ЛПУ по амбулаторно-поликлиническим услугам свидетельствуют, что наиболее высокий уровень обслуживания (0,935) предоставляет ЛПУ № 15, а наименее высокий – ЛПУ № 18 (0,462).

Важное место в теории обслуживания принадлежит экономико-

математическим моделям исследования операций и системам массового обслуживания (СМО).

Особое значение системы массового обслуживания потребителей имеют для деятельности лечебно-профилактических учреждений государственной формы собственности, обслуживающие подавляющую часть населения. В частных ЛПУ, как известно, практически отсутствуют очереди на прием к врачам, а сам прием ведется по предварительной записи в установленное по согласованию время.

Предметом теории массового обслуживания является построение математических моделей, связывающих заданные условия работы СМО (число каналов, их производительность, характер потока заявок и т.п.) с показателями эффективности СМО, описывающими ее способность справляться с потоками заявок.

В качестве показателей эффективности СМО используется: среднее число заявок, число заявок, обслуживаемых в единицу времени; среднее число заявок в очереди; среднее время ожидания обслуживания; вероятность отказа в обслуживании без ожидания; вероятность того, что число заявок очереди превысит определенное значение и т.п.

Цель применения СМО состоит в том, чтобы взять под контроль некоторые характеристики системы, установить зависимость между числом обслуживаемых единиц и качеством обслуживания. Качество обслуживания тем выше, чем больше число обслуживаемых единиц. Но экономически невыгодно иметь лишние обслуживающие единицы.

Для такого потока заявок время между двумя соседними заявками распределено экспоненциально с плотностью вероятности:

$$f(t) = \lambda e^{-\lambda t}. \quad (3)$$

где λ – интенсивность потока заявок, т.е. среднее число заявок в единицу времени;

t – среднее значение интервала времени между соседними заявками.

Проведенными исследованиями установлено, что интервалы времени прихода пациентов в лечебно-профилактическое учреждение, как правило, распределены по экспоненциальному закону. Это позволяет использовать теорию массового обслуживания в имитационном моделировании как предварительном этапе разработки СМО.

Моделирование прихода 16-ти пациентов в лечебно-профилактическое учреждение №10 в виде гистограммы показано на рис. 3.1.3.

$$n := 16 \quad \alpha := \frac{240}{16} \quad \text{bin} := 30 \quad N_i := \text{rexp}(n, \alpha)$$

$$\text{lower} := \text{floor}(\min(N)) \quad \text{upper} := \frac{\text{ceil}(\max(N))}{2}$$

$$h := \frac{\text{upper} - \text{lower}}{\text{bin}} \quad j := 0 \dots \text{bin}$$

$$\text{int}_j := \text{lower} + h \cdot j$$

$$f := \text{hist}(\text{int}, N) \quad \text{int} := \text{int} + 0.5 \cdot h$$

$$k := 1 \dots n - 1 \quad t_k := \sum_{i=1}^k N_i$$

$$F(X) := n \cdot h \cdot \text{dexp}(X, \alpha)$$

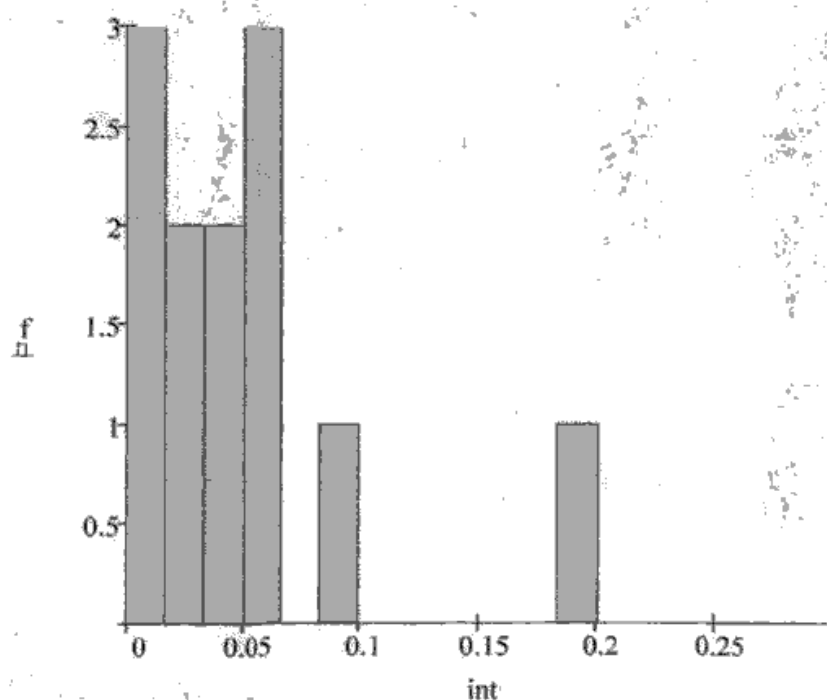


Рис. 3.1.3. Гистограмма экспоненциального распределения прихода пациентов ЛПУ

Время работы участкового врача составляет в среднем 4 часа (240 мин.), параметр α равен среднему интервалу времени прихода пациентов в поликлинику. Основной характеристикой качества системы является отказ заявке в обслуживании.

Дальнейшее направление разработки системы массового обслуживания пациентов как потребителей медицинских услуг, в данном случае, амбулаторно-поликлинических, связано с расчетом вероятности простоя каналов обслуживания (участкового врача), отказа в обслуживании, абсолютной пропускной способности, среднего времени ожидания обслуживания и пребывания заявки в системе.

3.2. Использование информационных технологий управления здравоохранением

Высокие технологии в медицине – это не только «умные» скальпели или микроскопические роботы-хирурги. Клиники по всему миру осваивают информационные технологии на вполне обыденном уровне – в первую очередь, автоматизации документооборота. Они постепенно приобщаются к передовому краю инноваций – RFID, IP-коммуникациям, видеоконференцсвязи. Задачи информатизации отрасли здравоохранения в общем совпадают с теми, которые ранее начали решать другие секторы экономики. Стремление избавиться от рутинной бумажной работы, сократить издержки, увеличить производительность и повысить качество обслуживания пациента – таковы цели использования информационных технологий в здравоохранении.

ИТ-решения, ориентированные на медицинские учреждения, должны учитывать местную специфику. Их разработка сложна и видится многим экономически нецелесообразной, особенно в российских условиях низкой платежеспособности здравоохранения как заказчика. На Западе активно продвигают высокие технологии в среду медицинских услуг такие ИТ-гиганты, как IBM, Cisco Systems, Siemens и EMC. Мировой рынок

медицинской информатизации оценивался General Electric в 2007 г. более чем в \$63 млрд. При этом в ближайшие два года прогнозируется его увеличение в несколько раз.

В России, где даже простая компьютеризация больниц запоздала на 20 лет, ожидать высокотехнологичного бума в медицинской сфере пока не приходится. Однако чуткая восприимчивость к мировым трендам уже стимулирует отдельных разработчиков к тому, чтобы предложить отечественным медучреждениям информационные системы, электронные архивы, программно-аппаратные лечебно-диагностические комплексы, аналитические системы и технологии телемедицины. Начинают знакомить российскую медицину со своими инновационными решениями и мировые бренды.

Североамериканская и европейская медицина, уровень информатизации которой оценивается на порядок выше отечественной, до сих пор окончательно не перешла на электронные записи и обмен данными. Бумаги все еще остается много — даже в высоко компьютеризованных обществах. В рамках решения проблем автоматизации документооборота, на медицинских ИТ-рынках Европы и США пользуются спросом программные продукты для отслеживания записей о пациенте, а также для архивирования цифровых изображений.

Распространение электронных медицинских карт требует организации соответствующей ИТ-инфраструктуры для управления жизненным циклом информации. Это значит необходимо оптимизировать доступ к данным, обеспечить их защиту, архивирование, а также свести к минимуму время простоя и, в конечном счете, дать врачам возможность сосредоточиться на непосредственной работе с пациентами.

В рамках комплексных проектов Intelligent Hospital, направленных на упрощение коммуникаций между персоналом, предполагается использование беспроводных КПК для дистанционной работы с электронными картами. Врач, совершающий обход в больнице, может получить мгновенный доступ к

историям болезни и к фармацевтической информации для назначения необходимых препаратов. Электронные средства могут быть использованы для дистанционной беседы с пациентом, уточнения симптомов, хранения или демонстрации рентгеновских снимков, электрокардиограмм и т.д. Радиочастотные метки (RFID) позволяют отслеживать перемещения персонала, оборудования и пациентов, а также устройств мониторинга в палатах для предупреждения медицинского персонала о состоянии больных. Возможность внедрения RFID рассматривается и для учета продуктов, которые требуются оперативно (например, запасы крови для переливания) или для безопасной утилизации медицинских отходов.

Сегодня на рынке высокотехнологичных решений производители ориентируют на медицинский сектор в первую очередь IP-телефонию, которая позволяет объединить изолированные сети передачи голоса, видео и данных в единую систему. Переход больницы на IP-коммуникации и конвергентные сети значительно улучшает процесс обмена информацией между персоналом. Беспроводной телефон может использоваться как пейджер, переносная радиостанция и сотовый телефон одновременно.

Сети другого рода (телемедицинские) позволяют осуществлять дистанционную диагностику и удаленные консультации. Например, больница может обратиться в специализированный центр, переслать по интернету необходимые снимки и информацию и быстро получить квалифицированный диагноз и рекомендации по лечению.

Однако по большей части информатизация медицинского обслуживания в России реализуется в рамках менее масштабных проектов. Интерес лечебных учреждений вызывают, в первую очередь, недорогие медицинские информационные системы (МИС). Отечественные разработчики («Аналит», «БиоХимМак», «Гарант», «Метео-П», «Криста», StatSoft), уже предлагают некоторый ассортимент подобных продуктов, часто на платформе «1С», которые позволяют планировать прием, вести электронные карты или статистическую отчетность. ABBYY поставляет специализированную

систему для автоматизации ввода медицинской информации и медицинские электронные словари. «Алтей» внедряет технологии штрихового кодирования пробирок с биоматериалом.

В последнее время развиваются госпитальные информационные системы (HIS Hospital Information Systems), предлагающие комплексные решения. Здесь отечественным разработчикам также есть что предложить: за 10 лет развития подобных программных продуктов уже наработана экспертиза и сформирован позитивный опыт реализации проектов. Кроме коммерческих организаций, развитием систем этого класса занимаются и академические институты – Центр медицинской информатики ИПС РАН (система «Интерин») и «Медсанчасть-168» («ДОКА+»).

Основными задачами комплексной информатизации здравоохранения Самарской области являются:

- совершенствование управления региональным здравоохранением;
- внедрение электронной карты пациента, электронных направлений и рецептов;
- построение портальной системы информационного обмена;
- построение информационной сети между учреждениями здравоохранения области;
- решение вопросов безопасности информационного обмена;
- внедрение эффективных методов управления ресурсами здравоохранения, повышение эффективности использования существующей сети лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ);
- повышение квалификации медицинского персонала;
- создание единого информационного пространства учреждений здравоохранения и Фонда обязательного медицинского страхования (ФОМС);
- интеграция с существующими, а также создающимися информационными системами различных территориальных и федеральных ведомств;
- обеспечение информационной безопасности сведений о пациентах;

- обеспечение целостности, достоверности и непротиворечивости информации, циркулирующей в системе здравоохранения;
- внедрение стандартов оказания медицинской помощи и оценка деятельности учреждений по конечному результату на основе их выполнения;
- мониторинг и управление эффективностью использования коечного фонда;
- содействие повышению объемов профилактических посещений в структуре объемов амбулаторно-поликлинической помощи;
- повышение реальной управляемости финансовыми ресурсами;
- повышение социально-экономической эффективности использования финансовых ресурсов;
- персонафицированный учет затрат на медицинское и лекарственное обеспечение населения;
- совершенствование среднесрочного финансового планирования;
- расширение самостоятельности ЛПУ.

Одним из примеров разработки автоматизированной информационной системы управления в здравоохранении Самарской области является АИС ММУ Городская клиническая поликлиника №15. Организационно-экономическими предпосылками разработки данной АИС являются следующие обстоятельства и условия:

- поликлиника – одно из крупных лечебно-профилактических учреждений города, обслуживающее 60 тысяч взрослого и 14 тысяч детского населения;
- насчитывает 687 сотрудников (из них – 195 врачей, 305 средних медработников);
- имеет 4 отделения врачей общей практики;
- консультативно-диагностическое отделение;
- городской «Астма-центр»;
- центр женского здоровья;
- специализированный ангиологический центр на базе хирургического

отделения;

- 5 дневных стационаров;
- отделение функциональной диагностики;
- рентгенологическое и лабораторное отделения;
- отделение восстановительного лечения.

Информационными предпосылками разработки АИС поликлиники являются:

- необходимость хранения, обмена, анализа большого объема информации;
- заполнения учетно-отчетной документации;
- сокращение времени на выполнение парамедицинских манипуляций;
- проведение анализа эффективности работы как поликлиники в целом, так и каждого врача и медицинской сестры в частности.

Автоматизированная информационная система управления ММУ ГКП №15 г.о. Самара предусматривает автоматизацию таких функций управления, как планирование показателей деятельности, ее оперативное регулирование, анализ выполнения установленных заданий подразделениям поликлиники, то есть, с точки зрения технологии управления, автоматизацию управленческих решений. Так, использование АИС поликлиники в аналитической работе врача общей практики может быть показано следующей схемой (рис. 3.2.1).

В целом, верное направление использования информационных технологий в развитии услуг ЛПУ, по мнению автора, следует дополнить комплексом мероприятий по разработке «электронных карт здоровья» пациентов.

Персональный органайзер пациента позволяет вносить по органам и системам различные сведения, что в итоге позволяет и анализировать, и делать выводы о состоянии здоровья конкретного человека, начиная с момента его рождения, даже до его рождения, и на протяжении всей жизни. Позволяет хранить эту информацию и эффективно использовать в интересах пациента, врача, поликлиники и всего государства.



Рис. 3.2.1. Использование информационно-аналитической системы поликлиники в работе врача общей практики

«Электронная карта здоровья» имеет сложную структуру, так как это прототип и аналог амбулаторной карты пациента и аналог истории болезни. Первая информация имеет паспортные данные и она общедоступна всем, кому будет передан флэш-носитель. На первой странице помещены паспортные данные и данные о витальных показателях, какие лекарственные препараты противопоказаны данному пациенту, какие заболевания могут

привести его в бессознательное состояние, так называемой коме. Также здесь указан резус-фактор, группа крови, что необходимо в случае травмы на дороге или других ситуациях.

Карта защищена в соответствии с законодательством РФ, которое предполагает защиту персонифицированной информации, то есть состояние по органам и системам подлежит использованию практически здравоохранением только с разрешения пациента, так как сведения о здоровье являются интеллектуальной собственностью самого пациента. Пациент защищает информацию о своем здоровье пин-кодом.

Карта позволяет проводить анализ таких существенных показателей, как холестерин, уровень сахара, соотношение массы тела и различных антропометрических показателей, что позволяет здоровому человеку анализировать свое состояние в зависимости от образа питания и жизни. Таким образом, карта является мониторингом не только патологического состояния, но и является универсальным средством сохранения здоровья. Карта мобилизует человека внимательно относиться не только к своим показателям здоровья, но и к здоровью в целом. Это существенный толчок к информатизации здравоохранения в целом.

Следующим этапом должно стать создание персонального органайзера врача. Это, конечно, не замещает, а дополняет клинические информационные системы здравоохранения и стимулирует их развитие, помогает ввести единые стандарты обмена информацией между различными медицинскими учреждениями.

Эта карта позволяет экономить время врача на сбор лабораторных данных, экономить деньги в результате повышения эффективности работы врача и повышает безопасность медицинских мероприятий, когда врач, работники скорой помощи имеют точную информацию о наличии противопоказаний к применению лекарственных средств.

Особый интерес эта разработка вызовет у следующих целевых групп:

- беременные женщины (для контроля динамики состояния здоровья в

различные периоды беременности с целью возможного выявления первых признаков развития патологии беременности);

- родители детей дошкольного и школьного возрастов (программа позволяет следить за динамикой основных показателей, характеризующих состояние здоровья ребенка, регистрировать сделанные профилактические прививки и сопоставлять их с национальным календарем профилактических прививок);

- лица с хроническими заболеваниями (сахарный диабет, гипертоническая болезнь, избыточная масса тела, эндокринная патология и т.д.) могут использовать Карту как дневник, позволяющий анализировать динамику состояния здоровья в течение неограниченного периода наблюдений;

- хронические больные на дистанционном мониторинге (для дистанционного контроля динамики состояния больного с помощью видеоконференцсвязи и компьютерной передачи данных);

- лица, внимательно относящиеся к своему здоровью;

- лица, занимающиеся спортом (контроль динамики веса тела, пульса и артериального давления, данных врачебных осмотров, инструментальных исследований и лабораторных анализов);

- военнослужащие, сотрудники МЧС и других специализированных экстренных служб, работа которых связана с риском для жизни и здоровья, возможностью внезапного перемещения в отдаленные регионы (хранение в компактном виде персональной медицинской информации о состоянии здоровья: группе крови и резус-факторе, аллергических реакциях, сведений об индивидуальной непереносимости медицинских препаратов и других веществ);

- лица, часто отправляющиеся в дальние поездки, в т.ч. в зарубежные страны.

Оценка ожидаемой экономической эффективности внедрения электронных медицинских карт как одной из форм современных

информационных технологий в здравоохранении может быть основана на использовании четырех методов: «затраты – результативность»; «затраты – выгода»; «затраты – полезность».

Метод минимизации затрат сводит принятие решения к простому выбору наиболее дешевого варианта, но вовсе не ограничивается лишь оценкой затрат. Для формирования квалифицированного мнения о преимуществе того или иного варианта необходимо быть уверенным, что различий результатов вариантов нет или что эти различия несущественны. На макроуровне этот метод в здравоохранении практически не применяется, поскольку трудно достичь общественного согласия. На уровне учреждений метод минимизации затрат широко применяется при государственных или муниципальных закупках однотипного оборудования, продуктов питания, лекарственных препаратов.

Экономический анализ по методу «затраты – результативность» предполагает сравнение вариантов расходования средств, направленных на достижение единой цели и различающихся не только затратами, но и степенью достижения конечного результата. Важно, что используя метод «затраты – результативность», можно сопоставлять совершенно разные программы здравоохранения, направленные на единую цель. На макроуровне и отраслевом уровне метод «затраты – результативность» должен найти в ближайшем будущем широкое применение, так как без него очень трудно перейти от планирования затрат к планированию результатов при разработке региональных и местных бюджетов (к бюджетированию, ориентированному на результат). На уровне учреждений здравоохранения метод «затраты – результативность» очень широко использовался в конце 1980-х годов при анализе деятельности по новому хозяйственному механизму (модель конечных результатов – МКР), а в настоящее время – в системе обязательного медицинского страхования. Под простейшим результатом при этом понимают оказанный объем услуг (выраженный в копейко-днях, посещениях, вызовах «скорой помощи»).

В некоторых случаях, когда сравнительная оценка рассматриваемых вариантов не может быть сведена к рассмотрению одного обобщающего натурального показателя, а результат можно выразить в денежном измерении (например, при сокращении дней нетрудоспособности), целесообразно проводить анализ по методу «затраты – выгода». В этом случае результаты измеряются при помощи денежной выгоды, которая сравнивается с затратами на реализацию программы. Для этого необходимо перевести такие эффекты, как количество дней нетрудоспособности, которых удалось избежать, обретенные годы жизни, отсутствие осложнений и др., в их денежный эквивалент.

Многие результаты оказания медицинских услуг невозможно выразить в денежном измерении. Невозможно, например, в рублях оценить роль психотерапевтических процедур в период лечения, или роль повышения квалификации персонала в улучшении качества оказания медицинской помощи, или эффект снятия острой боли при применении анестезии. В этом случае в качестве единого показателя для разнородных результатов на практике применяют метод, отражающий результат, выраженный в некотором сводном неденежном показателе, – например, в годах жизни, скорректированных по качеству (Quality Adjusted Life Years – QALY), или в годах жизни, скорректированных по степени инвалидности (Disability Adjusted Life Years – DALY). Оценка коэффициентов полезности проводится экспертным путем и сопряжена с рядом методологических сложностей, связанных, с одной стороны, с отбором квалифицированных экспертов, четкой формулировкой задач, а с другой – с субъективностью оценок и сложностью обработки полученного материала.

Использование рассмотренных методов определения эффективности затрат на здравоохранение для оценки экономической эффективности внедрения электронных медицинских карт вызывает определенные трудности, связанные с тем, что объект внедрения относится к современным информационным технологиям управления.

Автором разработан более доступный метод оценки экономической эффективности автоматизации управления деятельностью ЛПУ в части внедрения электронных медицинских карт. Данный метод основан на определении взаимосвязей первичных факторов эффективности внедрения ЭМК с источниками экономии и эффектом, получаемым народным хозяйством (региональной экономикой) от их применения. Некоторая ограниченность предлагаемого метода заключается в оценке эффективности ЭМК только по трудоспособным пациентам ЛПУ. Взаимосвязь факторов, источников экономии и эффективности от внедрения ЭМК представлена на рис. 3.2.2.

В соответствии с изложенным методом оценки эффективности была определена экономическая эффективность внедрения ЭМК в деятельность ММУ Городская клиническая поликлиника №15. В расчете использованы следующие показатели и их обозначения:

- З – затраты ЛПУ на реализацию проекта внедрения ЭМК, млн. руб.;
- ΔД – сокращение дней временной нетрудоспособности 1 чел., обслуживаемого поликлиникой, дн.;
- N – численность трудоспособного населения, включая работающих пенсионеров, обслуживаемого поликлиникой, чел.;
- В – валовой региональный продукт на душу населения в день, тыс. руб.

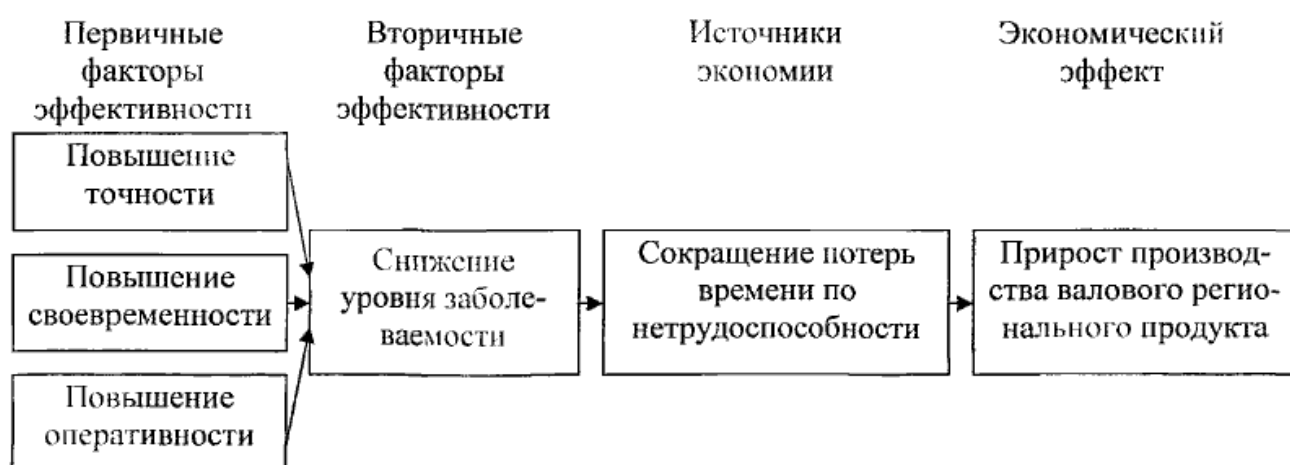


Рис. 3.2.2. Взаимосвязь факторов эффективности, источников экономии и экономического эффекта ЭМК

Проведенные автором расчеты показывают, что экономическая эффективность внедрения ЭМК в деятельность поликлиники (Э) составляет 3 руб./руб., а срок окупаемости единовременных вложений (Т) 0,33 года:

$$\text{Э} = \frac{\Delta \text{Д} \cdot \text{N} \cdot \text{В}}{3} = \frac{3 \cdot 39,6 \cdot 0,5}{19,8} = 3 \text{ (руб./руб.)}, \quad \text{Т} = \frac{1}{3} = 0,33 \text{ (года)}.$$

Социально-экономическая эффективность внедрения ЭМК, кроме оценки экономической эффективности, выражается в повышении уровня здоровья, следовательно, качества жизни обслуживаемого населения.

3.3. Программно-целевой метод управления услугами регионального здравоохранения

Программа развития здравоохранения Самарской области представляет собой содержание основных направлений и параметров преобразования его социально-экономической системы в соответствии с поставленными целями повышения уровня здоровья населения на основе увеличения ожидаемой продолжительности жизни, снижения младенческой смертности и уровня заболеваемости.

Настоящая программа разработана на основе положений национального проекта «Здоровье», исследования процессов реформирования системы здравоохранения регионов и муниципальных образований, анализа организации здравоохранения в зарубежных странах, выявления современных тенденций и факторов его развития.

1. Общие положения. Программа развития здравоохранения Самарской области основана на принципах системного, процессного и логистического подходов; государственной социальной защиты граждан в сфере охраны здоровья; равенства всех форм собственности системы здравоохранения; обеспечения прав и свободы выбора для всех ее субъектов; приоритета социальных результатов развития здравоохранения над экономическими; ориентации темпов его реформирования на достигнутый уровень социально-

экономического развития; преимущественно инновационного характера принимаемых решений.

Принципы системного, процессного и логистического подходов позволяют представить сферу здравоохранения как систему социально-экономической, сервисной и институциональной инфраструктуры, субъекты которой имеют неодинаковые интересы и цели развития, согласование которых и определение приоритетов являются основными задачами управления здравоохранением. Современный менеджмент качества услуг основывается на применении процессного подхода, в котором вся деятельность рассматривается как управляемый процесс, где входящие материальные, финансовые и информационные потоки преобразуются в исходящие сервисные потоки. Одним из понятий системы менеджмента качества в соответствии с рекомендациями международных и отечественных стандартов серии ИСО является ориентация на потребителей услуг, что предполагает измерение, анализ и оценку степени их удовлетворенности. Для обеспечения качества услуг в сфере здравоохранения необходимы разработка и проведение добровольной сертификации медицинских учреждений на соответствие требованиям стандартов системы менеджмента качества. Логистический подход к развитию системы здравоохранения требует использования принципов координации, интеграции и оптимизации взаимодействия ее субъектов.

Принцип государственной социальной защиты граждан в охране здоровья реализуется на основе соблюдения их конституционных гарантий и прав в доступной и бесплатной медицинской помощи и других услугах сферы здравоохранения, установленных законодательством РФ и Самарской области. Следование принципу социальной справедливости означает, что при формировании стратегических целей развития, механизмов их реализации в основу должны быть положены интересы населения, приоритетное решение проблем повышения доступности и качества услуг сферы здравоохранения, внедрение системы страхования гражданской ответственности и повышение

социальной защищенности медицинских работников. Обеспечение государственных гарантий медицинской помощи гражданам осуществляется в соответствии с государственными минимальными стандартами в области здравоохранения и государственными целевыми программами. Необходимыми условиями реализации данного принципа являются создание обстановки открытости принимаемых решений в сфере здравоохранения, предотчетности ее органов, формирование эффективных механизмов гражданского контроля.

Реформирование системы здравоохранения осуществляется на основе принципа равенства всех форм собственности, развития добровольного медицинского страхования и частной медицинской помощи. Реализация этого принципа позволяет создать конкурентную среду на рынке медицинских услуг, обеспечить право выбора пациентом производителя услуг, расширить источники их финансирования, увеличить объемы и перечень сверх государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи, повысить ее качество, обеспечить права и занятость медицинских работников.

Следование принципу приоритета социальных результатов развития здравоохранения над экономическими требует использования системы показателей (индикаторов), характеризующих степень достижения поставленных целей и реализации стратегических направлений охраны здоровья населения, а также оценки его удовлетворенности как потребителя услуг. Система показателей включает оценку политики в сфере здравоохранения, социальные и экономические показатели, показатели обеспеченности медико-социальной помощью и состояния здоровья населения. Оценка и анализ удовлетворенности потребителей услуг здравоохранения является обязательным элементом процессного подхода к его управлению. Для определения ожиданий и оценки удовлетворенности потребителей должны использоваться анкетирование (социологический опрос), сбор и анализ отзывов потребителей в средствах массовой информации, прием и анализ отзывов населения по телефону, электронной

почте, непосредственные контакты с населением. Полученные из всех источников данные должны регистрироваться и документироваться органами управления здравоохранением, а выявленные несоответствия по каждой услуге оценены количественно. Оценки степени несоответствия регулируются планом мероприятий по их устранению, включающим предупреждающие и корректирующие действия.

Темпы реформирования здравоохранения должны соответствовать уровню его социально-экономического развития, чем он выше, тем более значительные финансовые, инвестиционные и материальные ресурсы могут быть выделены для реализации поставленных целей и стратегий развития здравоохранения. Этот принцип распространяется на федеральную, региональную и муниципальную системы здравоохранения. Уровень социально-экономического развития и приоритетные направления его повышения определяются как интегральная оценка динамики социально-экономических показателей, расчета эластичности и существенности.

Принцип инновационного развития сферы здравоохранения обеспечивается единством медицинской науки и практики в виде совместной деятельности по внедрению научных разработок в учреждениях здравоохранения, а также проведением исследований влияния медико-социальных факторов, условий и образа жизни на здоровье населения, разработками научных рекомендаций по предупреждению и устранению неблагоприятных условий и факторов его жизнедеятельности. Инновационное развитие управляющей подсистемы здравоохранения, функций и методов принятия решений требует широкого использования современных информационных технологий анализа, планирования, учета и оптимизации деятельности учреждений здравоохранения. Современной формой реализации этого принципа являются инновационные системы здравоохранения федерального, регионального и муниципального уровня, основными субъектами которых являются лечебные учреждения, научные, образовательные и финансовые организации, поставщики ресурсов, органы

управления здравоохранением.

2. Состояние здравоохранения. Самарская область – регион с развитой системой здравоохранения. Уровень здравоохранения в области (по итогам состоявшегося в январе 2007 года совещания руководителей органов здравоохранения субъектов ПФО) оценивается как высокий, что является результатом последовательно проводимой политики по развитию и совершенствованию качества оказания медицинской помощи населению, значительному вложению инвестиций в развитие этой сферы.

Достигнутый потенциал развития системы здравоохранения Самарской области характеризуется многообразием форм, видов, объемов медицинской помощи населению, позволяет обеспечивать доступность медицинской помощи, восстанавливать трудоспособность и улучшать состояние здоровья населения.

По состоянию на 01.01.2007 медицинскую помощь в регионе оказывали 96 больничных учреждений, 388 врачебных амбулаторно-поликлинических учреждений, 61 детская поликлиника, 87 женских консультаций, 649 сельских фельдшерско-акушерских пунктов, 19 стоматологических поликлиник. Медицинскую помощь населению по социально-значимым заболеваниям оказывают 23 диспансера: 7 противотуберкулезных, 1 онкологический, 3 кожно-венерологических, 5 психоневрологических, 4 наркологических, 2 центра по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями, 2 инфекционные больницы. Кроме того, в сельской местности функционируют 128 офисов врачей общей практики.

Действуют медико-технологические протоколы, разработанные по 65 специальностям и более чем по 8 тыс. диагнозам. Широко применяются стационарозамещающие технологии, отделения «хирургии одного дня».

Один из основных интегральных показателей развития здравоохранения (уровень младенческой смертности) остается стабильно благополучным и приближен к европейскому уровню (7,0 промилле в расчете на 1000 родившихся). Обеспеченность больничными учреждениями (86,7 больничных

коек в расчете на 10 тыс. жителей) сравнима со среднеевропейскими значениями, обеспеченность амбулаторно-поликлиническими учреждениями находится на уровне 230 посещений в смену на 10 тыс. жителей. По обеспеченности врачами Самарская область превышает среднероссийский уровень – 49,9 чел. на 10 тыс. населения, обеспеченность средним медицинским персоналом составила 99,1 чел. на 10 тыс. населения.

Государственные гарантии в сфере охраны здоровья обеспечиваются в рамках ежегодно утверждаемой Территориальной программы оказания населению области бесплатной медицинской помощи. Общая стоимость Программы на 2008 год предусмотрена в объеме свыше 12 млрд. руб., объем финансирования в рамках Программы на одного жителя – 3,8 тыс. руб., что превышает уровень 2007 года почти на 20%. Развивается добровольное медицинское страхование.

Функционирует альтернативная государственной системе частная медицинская служба, сформирован и совершенствуется рынок медицинских услуг. Действует Закон Самарской области о частной медицинской деятельности.

На территории области работают медицинские центры, осуществляющие высокотехнологичную медицинскую помощь:

- Самарская областная клиническая больница имени М.И.Калинина – нейрохирургические операции и операции на лицевом черепе; трансплантации крупных искусственных суставов; применение гемодиализа;
- Самарский областной клинический кардиологический диспансер;
- Самарская клиническая офтальмологическая больница имени Т.И. Ерошевского;
- Самарский областной клинический онкологический диспансер;
- Самарский межтерриториальный центр трансплантации почки;
- Клинический центр клеточных технологий – пересадка костного мозга при заболеваниях крови и центральной нервной системы и др.

Уровень развития информационных технологий позволяет

организовывать проведение телемедицинских консультаций с использованием сети Интернет.

Областная станция переливания крови оснащена новейшим уникальным оборудованием для карантинизации крови в соответствии с современными технологическими протоколами, отвечающими международным требованиям, что позволяет гарантировать как безопасность пациентов, так и полную безопасность донора.

Обеспеченность населения аптеками в городской и сельской местности соответствует рекомендованным Минздравсоцразвития РФ нормативам аптечной сети по стране. Обеспечение отдельных категорий граждан при лечении в амбулаторных условиях лекарствами осуществляется через систему организации льготного лекарственного обеспечения с использованием единой информационно-справочной сети, персонифицированного учета льготников и медикаментов, централизации снабжения и прозрачности расходования средств. Опыт Самарской области по созданию системы обеспечения льготными лекарствами поддержан Министерством здравоохранения и социального развития РФ и рекомендован к распространению в субъектах РФ.

Улучшению состояния здоровья и профилактики заболеваний способствует реализация мероприятий областных целевых программ. Государственную поддержку получают, в первую очередь, мероприятия по улучшению репродуктивного здоровья населения, предупреждению инвалидности, материнской и младенческой смертности, снижению уровня сердечнососудистых заболеваний, совершенствованию системы оказания стоматологической помощи детям, укреплению материально-технической базы лечебно-профилактических учреждений.

В 2007 году успешно осуществлялась реализация мероприятий национального проекта «Здоровье». Инвестиции, гарантированные национальным проектом, способствуют всестороннему укреплению первичного звена медицинской помощи, обеспечению населения высокотехнологичной медицинской помощью.

В результате реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» продолжались достаточно глубокие преобразования в сфере здравоохранения:

- реализация мероприятий по повышению оплаты труда и переподготовке медицинского персонала способствовала повышению доступности, качества медицинской помощи, развитию общеврачебной практики в сельской местности: прошли переподготовку 90 врачей общей практики; повысилась заработная плата у 29,4% медицинских работников всей системы здравоохранения, которая в среднем увеличилась в 1,4 раза;

- в результате поставок современного диагностического оборудования (обновлено 57%) и автомобилей скорой медицинской помощи (обновление - на 75%) уменьшилась очередность на диагностические исследования до 7 дней, сократилось время ожидания больными бригад скорой помощи на 10 минут;

- произошло усиление профилактической направленности здравоохранения: проводилась иммунизация населения с высоким уровнем охвата населения профилактическими прививками; выявление и лечение ВИЧ-инфицированных; осуществлялась дополнительная диспансеризация и углубленные медицинские осмотры работающих в бюджетной сфере, во вредных и опасных условиях труда, находящихся в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей.

- достигнут высокий уровень обслуживания новорожденных детей: проводились обследования новорожденных на наследственные заболевания; расширена программа оказания помощи женщинам в период беременности, во время родов и в послеродовой период на основе родового сертификата (введен дополнительный талон стоимостью 1 тысяча рублей для проведения углубленного профилактического наблюдения за ребенком первого года жизни).

- стала доступнее высокотехнологичная медицинская помощь: по сравнению с 2006 годом обеспеченность числа пациентов дорогостоящей

медицинской помощью в федеральных центрах возросла на 44%, в областных лечебных учреждениях – на 17%. Впервые в 2007 году в Самарском областном клиническом кардиологическом диспансере за счет федеральных средств получили такую помощь 280 пациентов.

3. Цели и стратегии развития здравоохранения. Постановка целей развития здравоохранения как сложной относительно автономной социально-экономической системы определяется основополагающими принципами ее функционирования и интересами субъектов системы. Основная цель развития здравоохранения является траекторной и заключается в повышении уровня здоровья населения Российской Федерации. Классификация целевых показателей декомпозиции здоровья населения как показателя 1-го уровня предусматривает их деление по сферам системы здравоохранения: показатели медицинских услуг, санитарно-эпидемиологических, санитарно-просветительских, санаторных, врачебно-физкультурных, услуг хосписов, детских домов, судебно-медицинских и т.д. По уровням соподчиненности в цепи причинно-следственных связей в сфере медицинских услуг следует установить следующие показатели:

- младенческая смертность, ожидаемая продолжительность жизни, уровень заболеваемости (2-й уровень);

- объем амбулаторно-поликлинической помощи, объем стационарной помощи, объем помощи в дневных стационарах, объем оказанной скорой медицинской помощи, уровень госпитализации, длительность пребывания в круглосуточных стационарах (3-й уровень);

- доля профилактических посещений врачей, подушевой норматив финансирования программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи, доля врачей квалификационных категорий, удовлетворение в высокотехнологичной помощи, доля финансирования здравоохранения через систему ОМС в общем объеме государственного финансирования (4-й уровень).

Упорядоченное множество целевых показателей медицинских услуг

сферы здравоохранения, включая взаимосвязи, представляет собой карту стратегических целей.

Внешней средой для упорядоченного множества целевых показателей сферы медицинских услуг считаются, во-первых, целевые показатели прочих сфер услуг в системе здравоохранения, изменения которых являются влияющими факторами. К прочим сферам услуг в системе здравоохранения РФ относятся санитарно-эпидемиологические, санитарно-просветительские, санаторно-курортные, врачебно-физкультурные услуги, услуги хосписов, детских домов, судебно-медицинские услуги и т.д. Во-вторых, к внешней среде относятся показатели состояния (факторы) социально-экономической, экологической, культурно-психологической и социологической сфер народного хозяйства. Экспертные оценки дают следующее распределение факторов здоровья населения: генная программа организма человека – 20%, экология – 20%, медицинские услуги – 10% и образ жизни – 50%.

Социально-экономические показатели (факторы) влияют через уровень доходов и потребления, уровень занятости на состояние здоровья населения. Эти факторы также оказывают косвенное влияние на здоровье населения через совокупность стрессовых воздействий. Здоровье населения и его отдельных социальных групп во многом определяется социально-экономическим статусом индивида. Зависимость здоровья от принадлежности к социальному классу выступает одной из фундаментальных закономерностей социальной психологии здоровья.

Экологические факторы играют существенную роль в состоянии здоровья населения. При изучении экологических аспектов здоровья населения исследованию и характеристике подлежит как внешняя среда, так и специфика заболеваемости населения.

Среди направлений научных исследований являются важными исследования заболеваемости населения в различных регионах в связи с воздействием неблагоприятных условий среды обитания человека. Используя экономико-статистические методы, в медико-географическом районировании,

необходимо прогнозирование возможных изменений в состоянии здоровья населения в различных регионах, особенно, в районах Севера и Дальнего Востока, вновь осваиваемых территориях.

Особую актуальность в настоящее время приобретает проблема исследования экологической безопасности городов, при котором здоровье населения рассматривается как приоритетный системообразующий фактор экологической ситуации в регионе. Признаком эффективности мер по обеспечению безопасности, в том числе и экологической, является распознавание опасностей еще до того, как они приняли угрожающий характер. Выделение характеристик, несущих информацию о предстоящих качественных изменениях, главное условие реализации опережающего диагностического подхода. Однако, до сих пор, отсутствует единая методика сравнительного анализа экологического состояния различных территорий, а каждый регион вынужден самостоятельно вырабатывать систему критериев оценки для выделения зон с особым экологическим статусом. Необходимо проведение комплексных исследований, включающих сбор статистических данных об инфраструктуре территории, источниках загрязнения окружающей среды, демографической ситуации и т.п. Таким образом, методологические вопросы статистического анализа влияния неблагоприятных факторов окружающей среды на здоровье населения требуют более глубокого исследования.

Исходя из социологической программы, которая определяет, что здоровье – это состояние полного физического, душевного и социального благополучия, способность к гармоничной жизни в постоянно изменяющемся окружении, можно выделить факторы интеграции медицины и социологии, способствующие формированию социологии медицины:

- систематизация, совершенствование методологии, стратегическое планирование медико-социологических исследований в системе охраны здоровья;
- реализация государственного заказа по оценке социальных результатов

экономических нововведений, структурных преобразований и реформирования отрасли;

- использование результатов медико-социологических исследований в планировании и прогнозировании развития сети здравоохранения;

- использование конкретных медико-социологических исследований для гармонизации интересов субъектов и участников ОМС и интегральной оценки качества жизни и эффективности деятельности системы охраны здоровья.

В отношении целевых показателей медицинских услуг следует определить вклад каждого в изменение уровня здоровья населения. Необходим анализ и оценка существенности влияния отдельных факторов на основные показатели уровня здоровья, например, ожидаемую продолжительность жизни населения Самарской области. Оценка существенности влияния изменения отдельных целевых показателей медицинских услуг на изменение ожидаемой продолжительности жизни населения, показывает, что наибольшее влияние на ожидаемую продолжительность жизни населения оказывают объем амбулаторно-поликлинической помощи, удовлетворение потребности в высокотехнологичных видах медицинской помощи, подушевое финансирование бесплатной медицинской помощи и доля профилактических посещений врачей.

Существующие подходы и обоснование стратегий развития здравоохранения позволяют предложить их классификацию, учитывающую следующие основные признаки: вид стратегии (глобальная, предметные, функциональные и обеспечивающие); уровень управления (федеральный, региональный, местный); группа оказываемых услуг (медицинские, санитарно-эпидемиологические, санаторно-курортные, санитарно-просветительские, врачебно-физкультурные и т.д.); форма собственности (государственная, частная, частно-государственное партнерство); динамическая характеристика стратегии (стабилизационная, развития).

Глобальная стратегия, соответствующая достижению основной цели

медицинских услуг – укрепление здоровья населения: повышение доступности и качества медицинских услуг.

Предметные стратегии развития здравоохранения:

- усиление профилактической направленности медицинских услуг;
- преимущественное развитие первичного звена оказания медицинских услуг;
- улучшение состояния здоровья матерей и детей;

Функциональные стратегии развития здравоохранения:

- децентрализация управления предоставлением медицинских услуг;
- переход на одноканальное финансирование медицинских услуг через систему ОМС;
- повышение уровня квалификации врачей участковой службы;
- рационализация ресурсного обеспечения медицинских услуг;
- оптимизация государственных гарантий оказания бесплатных медицинских услуг;
- развитие частно-государственного партнерства по предоставлению медицинских услуг;
- обновление стратегических программ развития медицинских услуг.

Обеспечивающие стратегии развития здравоохранения:

- удовлетворение потребности в высокотехнологических видах медицинских услуг;
- расширение применения научно-обоснованных стандартов оказания медицинских услуг;
- применение системы менеджмента качества медицинских услуг и субсервиса;
- нормативно-правовое обеспечение целей и стратегий развития медицинских услуг;
- создание общей системы персонифицированного учета медицинских и социальных услуг;
- информационно-коммуникационное обеспечение взаимодействия

субъектов системы медицинских услуг;

- развитие системы мониторинга, контроля и оценки эффективности достижения целей и реализации стратегий медицинских услуг.

Процесс разработки стратегий развития регионального здравоохранения продолжается процедурой определения мероприятий по их реализации. Ограниченность финансовых ресурсов, направляемых на развитие сферы здравоохранения, требует расчетов эффективности альтернативных стратегий и обеспечивающих их реализацию мероприятий. Следует использовать такие методы оценки эффективности реализации стратегий, как экспертные оценки, функционально-стоимостной анализ, экономико-математические методы оптимизации.

4. Обеспечивающие подсистемы развития регионального здравоохранения. Нормативно-методическая подсистема управления здравоохранением играет важную роль в сфере государственных услуг по охране здоровья населения и бюджетно-страхового принципа их финансирования. Поддержание объемов и качества медицинской помощи населению в рамках ОМС требует разработки и применения нормативов, основные из которых можно систематизировать и классифицировать.

Первичные и стоимостные нормативы объемов медицинских услуг. Программа государственных гарантий оказания гражданам Самарской области бесплатной медицинской помощи должна определять виды, нормативы объема медицинской помощи, нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, подушевые нормативы финансирования и порядок формирования тарифов на медицинскую помощь, предоставляемую гражданам на территории Российской Федерации бесплатно.

При формировании территориальной программы нормативы объемов медицинской помощи корректируются с учетом особенностей возрастного-полового состава, уровня и структуры заболеваемости населения Самарской области, климатогеографических условий региона и транспортной

доступности медицинских организаций.

Прогрессивность медико-экономических нормативов определяется их влиянием на заинтересованность ЛПУ и отдельных медицинских работников в увеличении объемов и качества услуг. Медико-экономические стандарты (МЭС) имеют особое значение для здравоохранения и системы медицинского страхования. МЭС составляют основу ресурсосберегающего метода оплаты медицинской помощи, их применение сдерживает рост цен за лечение.

Для расчета нормативной штатной численности медицинского персонала ЛПУ необходимо определить нормативы обслуживания пациентов, дифференцированные по специализации врачей, видам медицинской помощи, возрастно-половому составу пациентов и прочим значимым факторам.

Нормативно-методическими документами должно регламентироваться оснащение диагностическим оборудованием амбулаторно-поликлинических и стационарно-поликлинических учреждений муниципальных образований, поддержание численности и повышение квалификации медицинского персонала, оснащение ЛПУ высокотехнологичным оборудованием, развитие сети лечебно-профилактических учреждений, прежде всего, в сельской местности, что позволяет повышать объемы предоставляемых услуг в сфере здравоохранения, обеспечивать доступность услуг все большему числу пациентов.

Широкий спектр услуг, оказываемых сферой здравоохранения, требует нормативно-методического обеспечения оказания таких услуг, как услуги по диспансеризации граждан, массовому обследованию новорожденных детей на наследственные заболевания, иммунопрофилактике инфекционных болезней, санитарно-эпидемиологические услуги.

Подсистема обеспечения качества услуг в сфере здравоохранения. Следует продолжить практику установления прогрессивных стандартов для каждого вида медицинской помощи при конкретных заболеваниях, которые включают перечень диагностических и лечебных медицинских услуг, с указанием количества и частоты их применения, перечень используемых

лекарственных средств с указанием разовых и курсовых доз, перечень дорогостоящих изделий медицинского назначения (включая имплантанты, эндопротезы и т.д.), перечень компонентов крови и препаратов, лечебного питания, с указанием количества и частоты их использования.

При осуществлении контроля за соблюдением стандартов медицинской помощи необходимо использовать единую методологию оценки соответствия оказываемой медицинской помощи вышеуказанным стандартам и единые системные контрольные показатели (показатели качества медицинской помощи). Показатели качества медицинской помощи представляют собой количественные показатели, отражающие структуру, процесс или результат оказания медицинской помощи.

Необходимо распространить положительные результаты реализации пилотного проекта на другие регионы РФ с достижением установленных целевых показателей:

Минздравсоцразвития РФ разработаны и утверждены критерии оценки эффективности деятельности отдельных врачей-специалистов (участковых). Основной целью введения критериев оценки эффективности деятельности участкового врача является оперативный анализ внутри лечебно-профилактического учреждения диагностической, лечебно-профилактической и организационной работы на участке для улучшения качества оказания медицинской помощи и мониторинга состояния здоровья прикрепленного населения.

Особую роль в обеспечении качества медицинских услуг в сфере здравоохранения должны играть центры высоких медицинских технологий. Постановлением Правительства Российской Федерации от 20 марта 2006 г. № 139 утвержден перечень федеральных центров высоких медицинских технологий, строительство которых финансируется за счет государственных капитальных вложений, предусмотренных на реализацию Федеральной адресной инвестиционной программы и Федеральной адресной инвестиционной программы в 2007 году. Следует расширить перечень

федеральных центров высоких медицинских технологий со сроками их строительства до 2020 года.

Возможность использования процессного подхода как методики исследования и проектирования системы управления организациями, оказывающими услуги, в частности, услуги сферы здравоохранения, появилась в стандарте ГОСТ Р ИСО 9001-2001 (Системы менеджмента качества. Требования). Используя основные положения и практику применения процессного подхода, следует разработать соответствующие стандартам менеджмента качества процессные модели управления лечебно-профилактическим учреждением в государственной системе обязательного медицинского страхования.

Для обеспечения качества государственных и муниципальных услуг в сфере здравоохранения представляются целесообразными разработка и проведение добровольной сертификации на соответствие управления ЛПУ требованиям стандартов системы менеджмента качества.

Подсистема медицинского субсервиса. При контроле качества медицинской помощи оцениваются три основных компонента качества медицинской помощи: структурный, процессуальный (технологический) и конечный результат.

Структурный компонент качества медицинской помощи (кадровые и материально-технические ресурсы) обеспечивается органами управления здравоохранением, которые регламентируют деятельность сети медицинских учреждений и условия их функционирования. Обеспечение качества медицинской помощи достигается лицензированием медицинских учреждений.

Процессуальный (технологический) компонент качества определяется используемой технологией, которая оценивается с помощью медико-технологических, медико-экономических стандартов.

Результативность медицинской помощи оценивается по трем группам показателей:

федеральных центров высоких медицинских технологий со сроками их строительства до 2020 года.

Возможность использования процессного подхода как методики исследования и проектирования системы управления организациями, оказывающими услуги, в частности, услуги сферы здравоохранения, появилась в стандарте ГОСТ Р ИСО 9001-2001 (Системы менеджмента качества. Требования). Используя основные положения и практику применения процессного подхода, следует разработать соответствующие стандартам менеджмента качества процессные модели управления лечебно-профилактическим учреждением в государственной системе обязательного медицинского страхования.

Для обеспечения качества государственных и муниципальных услуг в сфере здравоохранения представляются целесообразными разработка и проведение добровольной сертификации на соответствие управления ЛПУ требованиям стандартов системы менеджмента качества.

Подсистема медицинского субсервиса. При контроле качества медицинской помощи оцениваются три основных компонента качества медицинской помощи: структурный, процессуальный (технологический) и конечный результат.

Структурный компонент качества медицинской помощи (кадровые и материально-технические ресурсы) обеспечивается органами управления здравоохранением, которые регламентируют деятельность сети медицинских учреждений и условия их функционирования. Обеспечение качества медицинской помощи достигается лицензированием медицинских учреждений.

Процессуальный (технологический) компонент качества определяется используемой технологией, которая оценивается с помощью медико-технологических, медико-экономических стандартов.

Результативность медицинской помощи оценивается по трем группам показателей:

- экономические, социально-экономические медицинские (исходы);
- абсолютные и относительные (сравнительные);
- обобщающие, частные (единичные).

Социально-экономические результаты развития здравоохранения на федеральном, региональном и муниципальном уровнях характеризуются динамикой обобщающего показателя уровня здоровья населения, который определяется суммой нормированных и взвешенных значений таких частных показателей, как ожидаемая продолжительность жизни населения, младенческая смертность и уровень заболеваемости населения.

Проведенная оценка уровня здоровья населения должна быть дополнена анализом чувствительности (эластичности) интегрального показателя к изменению частных, оценкой существенности влияния частных показателей на интегральный, а также определением доли интегрального показателя здоровья населения, зависящей от объемов и качества услуг сферы здравоохранения.

На уровне ЛПУ результативность развития медицинских услуг, во-первых, определяется степенью достижения таких целевых показателей третьего уровня в их иерархии, как объем амбулаторно-поликлинической помощи, число проведенных койко-дней в стационарах, число дней лечения в круглосуточных стационарах, длительность пребывания в стационарах. Расчет обобщающего показателя результатов развития медицинских услуг ЛПУ проводится по ранее изложенной методике. Во-вторых, следует оценивать ожидания и удовлетворенность пациентов как потребителей медицинских услуг на основе использования информационно-коммуникационных технологий.

Метод оценки эффективности процесса производства услуг здравоохранения на федеральном, региональном и муниципальном уровнях определяется процедурами формирования и расчета комплексного критерия эффективности, на основе которого возможно проведение однозначного, численного сопоставления периодов функционирования системы.

Показатель эффективности развития здравоохранения определяется отношением интегрального показателя его результатов к сумме нормированных и взвешенных показателей ресурсов: числу врачей на 10 тыс. населения, количеству ЛПУ всех типов, расходов государства на здравоохранение. Оценка эффективности проводится как сравнительная по динамике показателя.

Заключение

Исследование состояния и развития системы здравоохранения позволяет предложить классификацию основных признаков ее идентификации по формам собственности, способу воспроизводства услуг, виду обмена, уровню управления, методу и типу управления, источнику финансирования и т.д. Следует заметить, что представленный перечень классификационных признаков идентификации систем здравоохранения не является исчерпывающим и может быть дополнен общесистемными признаками: по виду формализованного аппарата представления систем (детерминированные и стохастические), по типу целеустремленности (открытые и закрытые), по сложности структуры и поведения (простые и сложные), по степени организованности (хорошо и плохо организованные, диффузные), по принадлежности к управляемой и управляющей подсистемам.

Проведенный анализ сравнительной эффективности производства услуг здравоохранения позволил установить, что значения показателей относительной (сравнительной) эффективности процесса производства услуг сферы здравоохранения РФ свидетельствуют о ее росте в 2008 г. по сравнению с 2005 и 2006 гг. Некоторое снижение данного показателя в 2007 г. по сравнению с 2006г. объясняется существенным увеличением расходов государства на здравоохранение, значительная доля которых приходится на капитальные затраты с отдаленными во времени результатами (лагом).

Особенности моделей национальных систем здравоохранения требуют их систематизации по основному признаку – форма собственности преобладающей системы (подсистемы) управления охраной здоровья и идентификации по расширенному набору признаков.

По данным исследования НИИ общественного здоровья РАМН мировая реформа здравоохранения проходит по следующим направлениям: поиск оптимального места государства как поставщика медицинских услуг в системе здравоохранения; снижение высоких расходов на систему здравоохранения; развитие всех видов медицинского страхования.

Постановка целей сферы здравоохранения осуществляется на основе ранее принятых теоретико-методологических подходов, разработанных такими науками, как экономическая теория, социология, теория систем и стратегическое планирование в менеджменте.

Проведенное исследование позволяет обосновано предложить несколько целевых показателей здоровья населения России, соответствующих основной цели социальной политики государства в области здравоохранения – укрепление здоровья: ожидаемая продолжительность жизни населения, младенческая смертность и уровень заболеваемости населения.

В работе проведено обоснование и расчет уровня здоровья населения РФ. Наиболее высокий уровень здоровья населения РФ (0,996) ожидается в 2008 году, а наименее высокий (0,950) был в 1994 году.

Декомпозиция основной цели системы здравоохранения заключается в выделении сфер, уровней и групп целевых показателей, имеющих между собой причинно-следственные взаимосвязи, а также определении показателей внешней по отношению к сфере здравоохранения среды, определенным образом влияющих (способствующих или противодействующих) на достижение основной (глобальной) цели.

В отношении целевых показателей медицинских услуг сложно определить вклад каждого в изменение уровня здоровья населения. Однако может быть проведен анализ и оценка существенности влияния отдельных факторов на основные показатели уровня здоровья, например, ожидаемую продолжительность жизни населения РФ. Оценка существенности влияния изменения отдельных целевых показателей медицинских услуг 3-го и 4-го уровней в их иерархии на изменение ожидаемой продолжительности жизни населения РФ, относящийся ко 2-му уровню иерархии, проводится на основе расчета β -коэффициентов – коэффициентов регрессии в стандартизованном масштабе. Предварительным этапом оценки существенности является определение регрессионных зависимостей показателя ожидаемой продолжительности жизни от изменения объема амбулаторно-

поликлинической помощи, подушевого норматива финансирования бесплатной медицинской помощи, удовлетворения потребности населения в высокотехнологичных видах медицинской помощи, доли профилактических посещений врачей.

Исследование существующих подходов и классификаций стратегий сферы здравоохранения в научной литературе позволяет предложить их классификацию, учитывающую следующие основные признаки: вид стратегии (глобальная, предметные, функциональные и обеспечивающие); уровень управления (федеральный, региональный, местный); группа оказываемых услуг (медицинские, санитарно-эпидемиологические, санаторно-курортные, санитарно-просветительские, лечебно-физкультурные и т.д.); форма собственности (государственная, частная, частно-государственное партнерство); динамическая характеристика стратегии (стабилизационная, развития).

Важной составляющей обеспечения качества услуг здравоохранения является информационно-технологическая подсистема управления, которая определяет способ построения и взаимодействия отдельных элементов структуры учреждений здравоохранения. Эта структура может быть построена на основе функционального или процессного подходов, являющихся формами использования системного подхода в управлении.

Используя основные положения и практику применения процессного подхода, автором разработаны соответствующие стандартам менеджмента качества (ГОСТ Р ИСО 9001-2001) процессные модели управления лечебно-профилактическим учреждением в государственной системе обязательного медицинского страхования.

Проведена декомпозиция одного из основных процессов «Производство услуг» на десять подпроцессов, установлены информационные взаимосвязи, показаны основные управленческие воздействия. Форма управления организацией, предоставляющей медицинские услуги (государственная и муниципальная, частная) оказывает существенное влияние на содержание,

взаимосвязи и управление процессами предоставления услуг.

Опыт внедрения системы менеджмента качества медицинских услуг в крупных ЛПУ (санаториях) федеральной формы собственности показал ее недостаточно высокую эффективность, причины которой нельзя отнести к недостаткам, низкому уровню разработки самой системы. Как показали проведенные исследования, эффективность системы менеджмента качества медицинских услуг во многом определяется организационно-правовыми отношениями в этой сфере национальной экономики, которые закреплены в существующих нормативно-правовых актах, не способствующих в полной мере реализовать потенциально высокую эффективность систем управления качеством.

Однако удовлетворенность пациента от взаимодействия с системой здравоохранения определяется не только качеством процедур лечения и его результатами, но также обстоятельствами и условиями, при которых осуществляется подобное взаимодействие. Эти обстоятельства и условия также можно отнести к услугам, сопутствующим, собственно, медицинским услугам. Так, пациентам важны сроки регистрации по прибытию в ЛПУ, время ожидания приема в очереди, субъективная оценка квалификации персонала, наличие врачей узких специалистов, наличие аптечной точки и т.д. Важна психоэмоциональная и, следовательно, субъективная оценка доброжелательности персонала ЛПУ, дизайн помещения, наличие достаточной справочной информации, удобный график работы участковых врачей и прочие услуги, которые можно назвать сервисной поддержкой медицинских услуг.

Необходимо использовать теорию обслуживания потребителей для оценки уровня сервисной поддержки медицинских услуг, которая применяется в других сферах национальной экономики. В работе изложены современные научные представления о системе обслуживания потребителей организацией сферы услуг.

Уровень обслуживания потребителей – это степень удовлетворения их

потребности в необходимом количестве и качестве оказываемых услуг. Исходя из определения уровня обслуживания, его показатель следует конструировать в общем виде как сумму произведений числа требуемых услуг и количественных значений качества отдельной услуги.

Используя это положение, разработан интегральный показатель уровня медицинского субсервиса, проведен отбор ЛПУ по данному показателю. В работе проведено экономико-математическое моделирование прихода 16-ти пациентов в лечебно-профилактическое учреждение №2, представленное в виде гистограммы. Время работы участкового врача составляет в среднем 4 часа (240 мин.), параметр α равен среднему интервалу времени прихода пациентов в поликлинику. Основной характеристикой качества системы является отказ заявке в обслуживании.

Библиографический список

1. Абоймов В.В. Современное состояние и перспективы развития обязательного медицинского страхования в Российской Федерации // Актуальные вопросы обязательного медицинского страхования: Сб. науч. тр. М.: 2000, С.9-20.
2. Азаров А.В. Некоторые аспекты экономической эффективности использования коечного фонда лечебно-профилактических учреждений // Экономика здравоохранения. 1999. №2-3. С. 29.
3. Андреева О.В., Саитгареева А.А. Некоторые итоги деятельности учреждений здравоохранения, функционирующих в системе ОМС за 2002-2003гг.// Здравоохранение. 2004. №6. С.77-81.
4. Бабич А.М., Егоров Е.В., Жильцов Е.Н. Экономика социального страхования. М.: ТЕИС, 1998. С. 6-20, 27-106.
5. Баранов И.Н., Скляр Т.М. Здравоохранение / Десятилетие экономических реформ в Санкт-Петербурге. СПб.: ГП МЦСЭИ «Леонтьевский Центр», 2001. 215 с.
6. Беккер Г. Человеческое поведение: экономический подход: Избранные труды по экономической теории. М.: ГУВШЭ, 2003. 325 с.
7. Билеко Э.А., Засыпкин М.Ю. Экономическое управление в здравоохранении; на территории Самарской области // Материалы коллегии МЗ РФ «Опыт реформирования здравоохранения Самарской области». Т 2. Москва-Самара: 2001. С. 299-306.
8. Бояринцев Б.И. Рынок и здравоохранение // Экономика здравоохранения. 2002. №2. С.5-10.
9. Бойков В., Фили Ф., Шейман И.М. Шишкин С. В. Расходы населения на здравоохранение: медицинскую помощь и лекарственные средства. // Вопросы экономики. 1998. № 11. С. 101-117.
10. Бойков В., Фили Ф., Шейман И., Шишкин С. Расходы населения на медицинские услуги. // Здравоохранение. 2000. № 2. С. 32-46.
11. Бояринцев Б.И. Рынок и здравоохранение // Экономика

здравоохранения. 1996. №2. С 5-10.

12. Брэддик У. Менеджмент в организации. М.: «Инфра-М», 1997. 305 с.

13. Вартанян Ф.Е., Рожецкая С.В. Финансирование здравоохранение в зарубежных странах // Здравоохранение. 2005. № 3. С. 49-57.

14. Виханский О.С. Стратегическое управление. – М.: Гардарики, 2000. – 292 с.

15. Вопросы политики в области здравоохранения в бывших социалистических странах. Стратегия улучшения систем здравоохранения в бывших социалистических странах/ Г.Жаркович с соавт. М.: Федеральный фонд ОМС, 1998. 379с.

16. Вуори В. Хану. Обеспечение качества медицинского обслуживания // Европейское бюро ВОЗ. Копенгаген, 1985. 178 с.

17. Вялков А.И. О необходимости внедрения новых экономических моделей в здравоохранении // Экономика здравоохранения. 2001. №1. С.5-11.

18. Вялков А.И., Щепин В.О. Проблемы и перспективы реформирования здравоохранения: Материалы социологического исследования / Под ред. Акад. РАМН О.П. Щепина. М.: Геотар-Медицина, 2001. 224 с.

19. Вялков А.И., Щепин В.О., Тишук Е.А., Проклова Т.Н. Лечебно-профилактические учреждения федерального подчинения: анализ и оценка деятельности. М.: Геотар-Медицина, 2000. 218 с.

20. Гайдар Е.Т. Современный экономический рост и стратегические перспективы социально-экономического развития России. М.: ИЭПП, 2003. 376 с.

21. Галкин Р.А., Двойников СИ., Павлов В.В., Поляков И.В., Уваров С.А. Маркетинг, лизинг, логистика в здравоохранении. Самара: Перспектива, 1998. 176с.

22. Гончарова Г. Опыт проблемы и процессы реформирования здравоохранения за рубежом. Красноярск: 1997. 112 с.

23. Голухов Г.Н., Мешков Н.А., Шиленко Ю.В. Медико-производственный комплекс: современное состояние и перспективы развития / Под редакцией В.К. Леонтьевой и В.З. Кучеренко. М.: Алтус, 2000. 470 с.

24. Гридасов Г.Н., Середавин В.Д. Самарская областная клиническая больница – этапы становления и развития / Финансово-хозяйственная деятельность Самарской областной клинической больницы им. М.И. Калинина в системе здравоохранения области. Самара: ИЦ «Глетчер-2000», 2001. 100с.

25. Гришин В.В., Киселев А.А., Кардашев В.Л., Федонюк Л.С., Семенов В.Ю. Контроль качества оказания медицинской помощи в условиях медицинского страхования в ведущих странах мира / Аналитический обзор по данным зарубежной печати. М.: 2000. 62 с.

26. Гришин В.В. Медицинское страхование в России. // Роль и место медицинского страхования в реформировании здравоохранения: Материалы междунар. конф. 20-22 сентября 1995г. / Под редакцией В.В. Гришина, О.П. Щепина, В.Ю. Семенова. М.: 1996. С. 7-22.

27. Гудков А.А., Попович Л.Д., Шишкин С.В. Перспективы сочетания обязательного и добровольного медицинского и социального страхования в России. М.: ИЭПП, 2002. 68с.

28. Гусарова Г.И., Кузнецов С.И., Павлов В.В. Опыт развития стационарозамещающих форм оказания медицинской помощи в Самарской области // Здравоохранение. 2004. № 6 С. 61-65

29. Гусарова Г.И., Кузнецов С.И., Павлов В.В. Итоги и перспективы развития Самарского здравоохранения // Здравоохранение. 2005 №1. С.33-39.

30. Деятельность и ресурсы учреждений здравоохранения в 2002г. М.: Министерство здравоохранения РФ. 2003. 56с.

31. Дмитриев М.Э., Шишкин С.В., Потапчик Е.Г., Соловьева О.Г., Салахутдинова С.К. Создание системы обязательного медико-социального страхования // Здравоохранение. 1998. № 4. С.5-18.

32. Дмитриев М.Э., Шишкин С.В., Потапчик Е.Г., Соловьева О.Г.,

Салахутдинова С.К., Шишкин С.В. Становление системы ОМС в России / Реформирование некоторых отраслей социальной сферы России. М.: 1999. 294 с.

33. Доклад о результатах и основных направлениях деятельности Минздравсоцразвития России на 2008 год и на период до 2010 года [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.mzsrff.ru/prav_postan/418.html. - Загл. с экрана.

34. Евдокимов Д.В., Максимов Г.К., Поляков И.В., Новик А.А., Максимов А.Г. Теоретические и организационно-экономические основы управления качеством медицинской помощи. СПб.: СПбГМА им. И.И. Мечникова, 1999. 177 с.

35. Житников Ю.М., Шипова В.М. Совершенствование методических подходов к определению доли оплаты труда в стоимости больничной помощи // Здоровоохранение. 1998. №3. С.5-11.

36. Закон РФ «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» от 28.06.1991 №1499-1 (ред. от 23.12.2003) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.mzsrff.ru/prav_postan/418.html. - Загл. с экрана.

37. Закирова С.А. Маркетинг в здравоохранении // Здравоохранение Российской Федерации. 2000. № 6. С. 26 -29.

38. Закирова С.А. Маркетинг в здравоохранении // Здравоохранение Российской Федерации. 2001. № 1. С. 23 -27.

39. Засыпкин М.Ю. Система здравоохранения Самарской области: 15-летний опыт экономического реформирования // Экономика здравоохранения. 2002. №5-6. С. 18-34.

40. Засыпкин М.Ю. Особенности формирования и реализации экономических принципов управления системой здравоохранения Самарской области (1987-2001) // Медицинское страхование: достижение и перспективы. Самара: ООО «Издательский центр «Книга», 2001. 264с.

41. Засыпкин М.Ю., Ларионов Ю.К. Обязательное медицинское

страхование – конкуренты или соратники // Опыт внедрения добровольного медицинского страхования в Самарской области: Материалы семинара-совещания. Самара: СО МИАЦ, 2003. 152с.

42. Здоровье населения России и деятельность учреждений здравоохранения в 1999-2003гг.: Статистические материалы. М.: Минздрав, 2004. 304 с.

43. Зыятдинов К.Ш. Некоторые этико-правовые проблемы взаимоотношений врача и пациента // Проблемы социальной гигиены и истории медицины. 2000. № 2. С.22-25.

44. Ильин А.И. Реформа здравоохранения: проблемы, поиски, решения. Владимир: Фолиант, 1997. 140 с.

45. Иеннер Томас. Интеграция маркетинга и стратегического менеджмента // Проблемы теории и практики управления. 1997. №6. С. 106-111.

46. Калашников В.В., Ермаков Б.А., Чуванкин П.П. Информационное обеспечение управления финансовым взаимодействием субъектов ОМС // Страховое ревю. М.: 1998. 136 с.

47. Киселев С.В. Медицинское страхование: экономические условия функционирования // Экономика здравоохранения. Спец. Выпуск 1997. С. 72-79.

48. Лосницина М.Г. Экономика общественного сектора: государственные расходы: Цикл лекций // Экономический журнал ГУ ВШЭ. 2003. Вып. 2, 3.

49. Концепция развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации // Медицинский вестник, 1998. № 2 (93). С. 2-7.

50. Костоглодов Д.Д., Саввиди И.И., Стаханов В.Н. Маркетинг и логистика фирмы. М.: ПРИОР, 2000 – 286 с.

51. Кравченко Н., Маркова В. Меняется ли парадигма управления предприятием? // Проблемы теории и практики управления, 1998. №3. С. 84-89.

52. Кравченко Н.А., Баженова А.И. Программа государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи в 2004 году: комментарий к экономическому обоснованию // Здравоохранение. 2003. № 8. С. 20-39.

53. Кулаков В.И. О порядке введения системы расчета со всеми источниками финансирования (в том числе с федеральным бюджетом) по принципу «за пролеченного больного» // Экономика здравоохранения. 2001. № 1. С. 19-21.

54. Кучеренко В.З., Галкин Е.Б. Предмет экономики здравоохранения // Экономика здравоохранения. 1996. № 1. С.5-9.

55. Кучеренко В.З., Таранов А.М., Шамшурина Н.Г., Алексеева В.М. Практикум по экономике здравоохранения и медицинскому страхованию. М: ФФОМС, 1999. 57с.

56. Лебедев А.А. Использование маркетинговой философии в деятельности медицинских учреждений государственной системы здравоохранения в условиях рыночной экономики // Экономика здравоохранения, 1997. № 7. С.31 -37.

57. Лебедев А.А., Лисицын Ю.П. Новые подходы в моделировании взаимоотношений различных субъектов здравоохранения в условиях рыночной экономики переходного периода (или о применении маркетинговой стратегии в реформировании здравоохранения) // Экономика здравоохранения. 1996. № 5. С.5-14.

58. Лившиц А.А., Лившиц С.А., Брижак Б.Е., Лакунин К.Ю. О некоторых вопросах реализации программы государственных гарантий на муниципальном уровне // Вестник ОМС. 2001. № 1. С. 27-30.

59. Линденбрaten А.Л., Голобова Т.В. Участие населения в оплате медицинской помощи // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2002. №1. С. 21-24.

60. Линденбрaten А.Л., Шилова В.М. Организационно-экономические аспекты введения обязательного медицинского страхования // Проблемы

социальной гигиены и истории медицины. 1996. №4. С.20-23.

61. Матэ Э., Тиксье Д. Логистика / Пер. с франц. Н.В. Куприенко. – СПб.: Издательский дом «НЕВА». – М.: «ОЛМА-ПРЕСС Инвест», 2003. – 128 с.

62. Модели и методы теории и логистики / Под ред. В.С. Лукинского. – СПб.: Питер, 2003. – 176с.

63. Методологические проблемы внедрения страховой медицины на территориальном уровне / Сост. Зеккий О.Е. // Деловая жизнь. Специальный выпуск. М.: 1994. С. 35.

64. Минздравсоцразвития РФ намерено разработать стратегию здравоохранения сроком не менее чем на десять лет [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.mzsrfr.ru/prav_postan/418.html. – Загл. с экрана.

65. Москвичев А.М., Гаврилов В.А. Реформы здравоохранения в Европе: анализ нынешних стратегий // Экономика здравоохранения. 1996. №10-11. С. 5-9.

66. Назарова И.Б. Здоровье занятого населения [Текст]: моногр./И.Б. Назарова; Гос. ун-т – Высшая школа экономики. – М.: МАКС Пресс, 2007. – 526 с.

67. Найговзина Н.Б., Астовецкий А.Г. Качество медицинской помощи и его экспертиза // Экономика здравоохранения. 1998. № 1. С. 7-14.

68. Неформальные платежи за медицинскую помощь в России // Серия Шишкин СВ., Богатова Т.В., Потапчик Е.Г., Чернец В.А., Чирикова А.Е., Шилова Л.С. М.: Московский общественный научный фонд, независимый институт социальной политики, 2003. 298 с.

69. Никитин В.А., Филончева В.В. Управление качеством на базе стандартов ИСО 9000:2000. 2-е изд. – СПб.: Питер, 2004. – 127 с.

70. Основные задачи и направления развития теории систем [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://know.su/link_8030.html. – Загл. с экрана.

71. Основы законодательства Российской Федерации об охране

здоровья граждан от 22 июля 1993 г. №5487-1 (ред. от 24.07.2007г.) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.mzsrrf.ru/prav_postan/418.html. - Загл. с экрана.

72. Павлова А.Н. Проблемы финансирования социально-культурной сферы в современных условиях // Наука и образование. 2001 №1, С. 25-32.

73. Постановление Правительства РФ от 15 мая 2007 г. N 286 О программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2008 год [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.mzsrrf.ru/prav_postan/418.html. - Загл. с экрана.

74. Постановление Правительства Российской Федерации от 19 мая 2007 г. № 296 «Об утверждении перечня субъектов Российской Федерации, участвующих в реализации пилотного проекта, направленного на повышение качества услуг в сфере здравоохранения» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.mzsrrf.ru/prav_postan/418.html. - Загл. с экрана.

75. Преображенская В.С., Здоровцов Г.И., Данилова Н.В. Экономическая целесообразность стандартизированных технологий оказания медицинской помощи // Проблемы стандартизации в здравоохранении. 2001. № 1. С.94.

76. Принцип умного пациента [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.ng.ru/ideas/2008-01-29/14_zdravoohranenie.html. - Загл. с экрана.

77. Принципы обеспечения качества. Отчет о совещании ВОЗ. Европейское региональное бюро. Барселона 17-19 мая 1983 г. W.F. Jeesse (составитель отчета).

78. Проект “Health, health policy and poverty in Russia: the dynamics of the health capacities of the poor and the social policy response”, INTAS Ref. № 03-51-3769.

79. Пути реформирования систем социального и обязательного медицинского страхования / Сост. Шишкин С.В. М.: Институт экономики переходного периода, 2003. С. 77.

80. Развитие человеческого капитала как основополагающий фактор повышения конкурентоспособности фирмы в современной экономике [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://education.rekom.ru/1_2007/80.html. - Загл. с экрана.

81. Райе Д.А. Преобразование системы здравоохранения США в контексте мирового процесса реформ // Роль и место медицинского страхования в реформировании здравоохранения: Материалы межд. конф. 20-22 сентября 1995 г. / Под редакцией В.В. Гришина, О.П. Щепина, В.Ю. Семенова. М.: 1996. С. 47-52.

82. Региональное здравоохранение России: пути формирования и развития / О.П. Щепин, В.Б. Филатов, Я.Д. Погорелов, В.С. Нечаев // Проблемы социальной гигиены и история медицины. 1999. №1. С.3-12.

83. Реформирование системы оплаты медицинской помощи / Под ред. Исаковой Л.Е., Шеймана И.М. Новосибирск: Сибиздат, 2002. 123с.

84. Реформы системы здравоохранения в Европе. Анализ современных стратегий / Под ред. Р.Б. Салтмана, Дж. Фигейраса: Пер. с англ. М: Геотар-Медицина, 2000. 234 с.

85. Решетников А.В. Социальный портрет потребителя медицинских услуг // Экономика здравоохранения. 2000. № 12/50. С. 5-19.

86. Римашевская Н.М. Формирование качества трудовых ресурсов страны // Народонаселение. 2003. №2. С.6-14.

87. Ройтман М.П., Линденбратен А.Л. От нового хозяйственного механизма в здравоохранении к обязательному медицинскому страхованию // Проблемы социальной гигиены и истории медицины. 1996. № 1. С. 30-36.

88. Российская экономика в 2003 году. Тенденции и перспективы. Серия «Научные доклады: независимый экономический анализ» (Выпуск 25) // Под ред. Гайдара Е. Т. М.: ИЭПП, 2004. 440 с.

89. Салтман Р.Б., Фигейрас Дж. Реформирование системы здравоохранения. Анализ современных стратегий / Пер. с англ. М.: Геотар-Медицина, 2000. 302 с.

90. Семенов В.Ю., Резниченко В.Ю. Что является товаром на рынке здоровья? // Экономика здравоохранения. 1996. № 5. С. 15-18.

91. Склад Т.М. Мировой опыт реформирования систем здравоохранения // Мировой опыт системных преобразований и экономические реформы в России. СПб.: Изд-во РГПУ им. А.И. Герцена, 2001. 239 с.

92. Скуратова Н.М. Опыт реформирования системы здравоохранения в Самарской области // Здравоохранение. 2004. №4. С.57-62.

93. Солодкий В. А. Методологические аспекты совершенствования экономических механизмов управления здравоохранением Московской области // Экономика здравоохранения. 2000. № 5,6. С.26-29.

94. Сосунова Л.А., Чернова Д.В. Основные тенденции развития услуг в экономике России // Логистика, бизнес-статистика, сервис: проблемы научных исследований и подготовки специалистов: материалы Междунар. науч.-практ. конф., 22-24 мая 2006 г. Самара: Изд-во Самар. гос. экон. ун-та, 2006. С. 141-145.

95. Сосунова Л.А. Взаимодействие логистики и маркетинга в сфере нересурсоемких услуг // Логистика, бизнес-статистика, сервис: проблемы научных исследований и подготовки специалистов: материалы Междунар. науч.-практ. конф., 22-24 мая 2006 г.: в 2 ч. Ч. 1 / отв. ред. А.П. Жабин, Г.Р. Хасаев. Самара: Изд-во Самар. гос. экон. ун-та, 2006. С. 16-22.

96. Социальный атлас Российских регионов [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://atlas.socpol.ru/indexes/index_life.shtml. – Загл. с экрана.

97. Стародубов В.И. Основные положения концепции стандартизации медицинских услуг // Экономика здравоохранения. 1997. № 10. С.5-10.

98. Стародубов В.И., Таранов А.М., Солодкий В.А., Шиляев Д.Р., Шуралева С.В. Некоторые итоги применения новых методов управления здравоохранением и его финансирования на территориальном уровне. // Здравоохранение. 2000. № 1. С. 5-11.

99. Старченко А.А., Курило И.Н., Фуркалок М.Ю., Кочерагина Г.А. «Монополис» добровольного медицинского страхования – предмет экспертизы оказанной медицинской помощи в системе ОМС // *Здравоохранение*. 2004. № 10. С. 73-83.
100. Стиглиц Дж. Ю. Экономика государственного сектора / Пер. с англ. М.: Изд-во МГУ, 1997. С. 18-28.
101. Таранов А.М. Система ОМС: история и перспективы // *Здравоохранение*. 2004. № 6. С. 65-77.
102. Таранов А.М., Савостина Е.А., Баженова А.И. Планирование медицинской помощи в рамках территориальных программ государственных гарантий обеспечения граждан РФ бесплатной медицинской помощью // *Вестник ОМС*. 2000. № 6. С. 3-7.
103. Тарасова Г.В., Семенов В.Ю. Некоторые результаты комплексной оценки состояния здоровья населения, ресурсов здравоохранения и социально-экономического состояния территорий РФ // *Проблемы социальной гигиены и истории медицины*. 1996. № 4. С. 3-6.
104. Тогунов И.А. Методология интегрирования в систему обязательного медицинского страхования // *Уральское медицинское обозрение*. № 4-5. 1997. С. 19-22.
105. Тогунов И.А. Ситуационное моделирование как перспективный метод прогнозирования качества медицинской помощи / *Бюллетень научно-исследовательского института социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением имени Н.А. Семашко*. 1998. Вып. 3. С. 148-152.
106. Тогунов И.А. О взаимоотношениях врача и пациента в маркетинговой системе медицинских услуг // *Здравоохранение Российской Федерации*. 1999. № 2. С. 63-64.
107. Тогунов И.А. Методика прикладного использования модели системы маркетинга в имитационном моделировании (на примере оптимизации финансирования ЛПУ в системе ОМС) // *Эксклюзивный*

маркетинг. 1999. № 3. С.55-75.

108. Тэгай Н.Д., Азаров А.В. Обязательное медицинское страхование. М.: МЦФЭР, 1997. С. 19.

109. Филатов В.Б. Стратегия развития регионального здравоохранения: опыт формирования. М.: Рарогъ, 1999. 176с.

110. Хуторской М.А., В.П. Миляков. Опыт внедрения системы добровольного медицинского страхования на ОАО «АВТОВАЗ» и в г. Тольятти // Опыт внедрения добровольного медицинского страхования в Самарской области: Материалы семинара-совещания. Самара: СО МИАЦ, 2003. – 152с.

111. Царегородцев А.Д. Оптимизация работы учреждения здравоохранения федерального подчинения // Экономика здравоохранения. 2001, № 1(51). С. 28-29.

112. Чернова Д.В. Стратегическая логистика сетевых структур (на примере строительного комплекса России). Автореф. дисс. на соиск. уч. степени д-ра экон. наук. Изд-во Самар. гос. экон. ун-та. – 2006. – 39 с.

113. Шевский В.И. О характере финансовых ресурсов в Российской системе обязательного медицинского страхования: Материалы Поволжско-Уральской научно-практ. конф. «Здоровье населения и оптимизация развития системы регионального здравоохранения (медико-социальные, экономические и организационно-управленческие аспекты)». 4.2. Казань, 1999. С.48-49.

114. Шевченко Ю.Л. Об итогах хода реформ и задачи по развитию здравоохранения и медицинской науки в стране на 2000-2004 гг. и на период до 2010г. // Здравоохранение. 2000. №6 С. 3-8.

115. Шейман И.М. Возможные стратегии реформирования системы государственных обязательств в здравоохранении // Экономика здравоохранения, 2000. № 5,6. С.47-55.

116. Шеннон Р. Имитационное моделирование систем - искусство и наука / Пер. с англ. М.: Мир, 1978. 235с.

117. Шишкин С.В. Реформа финансирования российского здравоохранения. М.: ИЭПП, ТЕИС, 2000. 421 с.
118. Шишкин С.В., Рождественская И.А. Реформы в социально-культурной сфере. М: ИЭПГТ, 1998. С. 349.
119. Шишкин С.В., Потапчик Е.Г., Салахутдинова С.К. Анализ эффективности бюджетного финансирования учреждений здравоохранения М.: ИЭПП, 2001. 39с.
120. Шишкин С.В., Попович Л.Д., Потапчик Е.Г., Сурков С.В. Анализ возможностей создания системы добровольного медико-социального страхования М.: ИЭПП, 2003. 67 с.
121. Шишкин С.В., Заборовская А.С. Анализ форм участия населения в оплате социальных услуг, гарантируемых государством. М: ИЭПП, 2004. 45 с.
122. Шишкин С.В., Чернец В.А., Чирикова А.Е. Политико-экономический анализ трансформации механизмов финансирования здравоохранения и образования. М.: ИЭПП, 2004. 77 с.
123. Шойко С.В., Абашин Н.Н., Анчутин Д.А. Опыт использования экономических методов управления в системе ОМС // Здравоохранение. 2004 №4. С.69-75.
124. Щепин В.О., Габуева Л.А., Дейнеко Л.Г. Анализ финансовой деятельности медицинской организации // Здравоохранение. 2004. № 11. С. 47-53.
125. Эволюция и проблемы современной социологии медицины [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://medi.ru/doc/82htm>. - Загл. с экрана.
126. Якобсон Л.И. Экономические методы управления в отраслях непроизводственной сферы. М.: Экономика, 1991. С. 57
127. Яковлев Е.П. Система оплаты медицинской помощи // Проблемы социальной гигиены и история медицины. 2000. № 6. С.42-44.
128. Dooley D., Fielding J., Levi L. Health and unemployment // Annual

Review of Public Health. 1996. №17. P. 449-465.

129. Economics of Health Care Financing: The Visible Hand. Cam Donaldson and Karen Gerard. London. 1993. P. 390.

130. Gazier B., Outin J.-L., Audier F. L'economie sociale. Formes d'organisation et institutions. V. 1.2.: P: L'Harmattan. 1999. – V. 1. P. 445; V.2. P. 402.

131. Chernichovsky, D., Barnum H., Potapchik E. (1996). Health system reform in Russia: the finance and organization perspectives // Economics of Transition, 1996, Vol. 4(1), pp. 113-134.

132. The World Health Report 2000 / Health Systems improving Performance. Geneva: World Health Organization, 2000. P. 250.

133. Seedhouse D. Health: The Foundations for Achievement. Chichester: Wiley, 1986. P. 129-157.

134. Schieber G., Maeda A. (1997). A Cornudgeon's Guide to Financing Health Care in Developing Countries // Innovations in Health Care Financing. Proceedings of a World Bank Conference. March 10-11, 1997, Washington D.C.: The World Bank, 1997, pp. 1-38.