

**СИБИРСКИЙ ИНСТИТУТ ФИНАНСОВ И БАНКОВСКОГО ДЕЛА**

*На правах рукописи*

104.20 0.7 37971 -

**Кораблев Владимир Николаевич**

**ИННОВАЦИОННЫЙ ПОДХОД К УПРАВЛЕНИЮ РЕСУРСАМИ  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ (НА ПРИМЕРЕ ХАБАРОВСКОГО КРАЯ)**

Специальность 08.00.05 – Экономика и управление народным хозяйством:  
(управление инновациями и инвестиционной деятельностью)

**ДИССЕРТАЦИЯ**

**на соискание ученой степени  
кандидата экономических наук**

Научный руководитель  
доктор экономических наук,  
профессор, Н.В. Фадейкина

Новосибирск 2006

## ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ .....	4
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ ИННОВАЦИОННОГО ПОДХОДА К УПРАВЛЕНИЮ РЕСУРСАМИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ .....	11
1.1. Социально-экономическое значение здравоохранения в экономике страны .....	11
1.2. Ресурсный потенциал отрасли здравоохранения; стратегические и тактические задачи его повышения .....	25
1.3. Проблемы реформирования здравоохранения в Российской Федерации и обоснование необходимости инновационного подхода к управлению ресурсами отрасли .....	36
ГЛАВА 2. МЕТОДИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИННОВАЦИОННОГО ПОДХОДА К УПРАВЛЕНИЮ РЕСУРСАМИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕГИОНА .....	59
2.1 Методические подходы к формированию стратегии развития здравоохранения в регионе .....	59
2.2. Методология планирования и прогнозирования объемов медицинской помощи и уровня затрат при формировании региональной программы оказания населению медицинской помощи .....	71
2.3. Комплексный подход к эффективному управлению ресурсами здравоохранения на региональном уровне .....	79
ГЛАВА 3. ИННОВАЦИОННЫЙ ПОДХОД К УПРАВЛЕНИЮ РЕСУРСАМИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ХАБАРОВСКОГО КРАЯ .....	90
3.1. Анализ состояния здоровья населения Хабаровского края за 1994-2004 годы .....	90
3.2. Оценка ресурсного потенциала здравоохранения Хабаровского края .	97
3.3. Основные направления совершенствования тарифной политики и ресурсного обеспечения системы здравоохранения Хабаровского края до 2010 года .....	114

ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	136
БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК.....	139
ПРИЛОЖЕНИЕ А. Список сокращений.....	154
ПРИЛОЖЕНИЕ Б. Глоссарий.....	155
ПРИЛОЖЕНИЕ С. Основные мероприятия по эффективному использованию ресурсов системы здравоохранения Хабаровского края до 2010 г.....	157

## ВВЕДЕНИЕ

**Актуальность темы исследования.** В настоящее время здоровье человека в качестве научной и социальной проблемы входит в число приоритетных вопросов, которые принято называть глобальными. Здоровье человека учитывается при обсуждении вопросов о национальном богатстве, трудовом потенциале и трудовых ресурсах. В итоге здоровье человека является интегральным показателем, который характеризует эффективность всей системы производственных и общественных отношений [5, 6, 26, 102, 112].

В этой связи в современных условиях особенно актуальным становится задача повышения эффективности здравоохранения за счет формирования и развития инновационных технологий управления отраслью.

Достигнутая в настоящее время макроэкономическая стабильность позволяет органам государственного управления сосредоточиться на бюджетной сфере, в том числе на здравоохранении, путем построения эффективной инновационной инфраструктуры отрасли, создания инновационного механизма финансово-экономических отношений, способствующих повышению бюджетной эффективности использования ресурсов здравоохранения [88, 136].

Разрушение ранее действовавших жестких вертикальных отраслевых систем централизованного ресурсного обеспечения потребовало от территориальных органов управления здравоохранением и учреждений здравоохранения самостоятельного принятия управленческих решений по их ресурсному обеспечению [15, 72, 83, 101].

Однако отсутствие четкой государственной политики в области здравоохранения, сохранение экстенсивных тенденций развития отрасли, преобладание административных методов управления над экономическими, отсутствие единой системы управления здравоохранением, а также профессионально подготовленных менеджеров здравоохранения на местах не позволяют решать вопросы инновационного развития здравоохранения [14, 45, 132, 142, 145].

Нехватка ресурсов для обеспечения обязательств региона в системе здравоохранения неизбежно привело к росту платных услуг, формированию теневой экономики в сфере здравоохранения [15, 18, 148, 152]. По оценкам экспертов, легальная и теневая оплаты медицинских услуг и лекарственных средств населением составляют от 20 до 45% совокупных расходов государства и населения на здравоохранение [49, 134]. Подобная практика пагубно отразилась на наиболее социально незащищенных слоях населения.

В этих условиях важнейшим элементом проведения государственной политики в области здравоохранения является создание инновационного механизма управления ресурсами здравоохранения, напрямую связанного с совершенствованием экономического механизма отрасли, обеспечивающего ее развитие с учетом социально-экономических реалий регионов [50, 69, 70, 137, 147].

По выражению Губернатора Хабаровского края В.И. Ишаева для Правительства Хабаровского края приоритетным является проведение социально ориентированной политики, направленной на инвестиции в человеческий капитал, как важнейший фактор экономического роста региона [38].

Решение задач достижения экономической эффективности системы здравоохранения породило спрос на новые методологические и методические разработки в области планирования деятельности учреждений здравоохранения, нацеленных на инновационный путь развития отрасли, рациональное использование ресурсов, формирование рынка медицинских услуг, повышения ответственности производителя медицинских товаров и услуг перед потребителями [70, 105, 141].

Несмотря на значительное количество научных работ в области организации и управления охраной здоровья населения, до настоящего времени отсутствуют исследования, посвященные разработке инновационных механизмов управления ресурсами здравоохранения на уровне субъекта Федерации, что и явилось основанием для настоящего исследования.

**Степень разработанности проблемы.** Актуальность данной проблематики подтверждается недостаточной проработанностью вопросов, связан-

ных с инновационным подходом к управлению ресурсами в здравоохранении. Данные вопросы в различных аспектах исследовались такими отечественными и зарубежными учеными, как Й. Шумпетер, А. Бовин, В. Власов, А. Вялков, Н. Герасименко, Ф. Кадыров, Н. Кравченко, М. Кузьменко, М. Парсонейдж, Д. Райс, А. Решетников, Ричардсон, Р. Салтман, В. Стародубов, Ф. Фигейрас, И. Шейман, О. Щепин и др.

Закон Российской Федерации от 28.06.91 г. № 1499-1 «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации», Концепция развития здравоохранения и медицинской науки в РФ, принятая постановлением Правительства РФ от 05.11.97 г. № 1387, Постановление Правительства РФ от 24.08.04 г. № 461 «О Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи», ранее действовавшие нормативные правовые акты не позволили в полном объеме решить вопросы инновационного развития здравоохранения; а также кардинально повысить качество медицинского обслуживания населения.

В Российской Федерации вопросы эффективного использования финансовых ресурсов в организациях, финансируемых за счет бюджета; нашли отражение в постановлении Правительства РФ от 22.05.04 г. № 249 «О мерах по повышению результативности бюджетных расходов». Постановление утвердило концепцию и план мероприятий по реформированию бюджетного процесса в Российской Федерации в 2004-2006 годах. Однако в здравоохранении в настоящее время концепция реализована только в виде принятия и введение в действие с 1 января 2005 г. новой бюджетной классификации РФ и бюджетного учета, утвержденной приказом Минфина России от 26.08.04 г. № 70н «Инструкция по бюджетному учету».

Практическая востребованность и недостаточная разработанность инструментария и практики инновационного управления ресурсами здравоохранения обуславливают необходимость дальнейших исследований.

**Цель диссертационного исследования** состоит в разработке и внедрении инновационных подходов к управлению ресурсами здравоохранения в среднесрочной перспективе на уровне субъекта Федерации в целях повы-

шения эффективности использования государственных ресурсов на оказание гражданам бесплатной медицинской помощи и улучшения качества оказания медицинской помощи населению.

Поставленная цель потребовала решение следующих задач:

- определить значение здравоохранения в социально-экономическом развитии государства;
- изучить ресурсный потенциал здравоохранения субъектов федерации, определить стратегические и тактические задачи его повышения;
- обосновать необходимость разработки и применения инновационного подхода к управлению ресурсами здравоохранения;
- разработать научно-методический инструментарий инновационного подхода к управлению ресурсами здравоохранения;
- применить инновационный подход к управлению ресурсами здравоохранения на примере Хабаровского края.

**Объект исследования** – организационно-экономические отношения в системе здравоохранения Хабаровского края.

**Предмет исследования** – инновационные подходы к управлению ресурсами в здравоохранения Хабаровского края.

**Теоретической и методологической основой исследования** явились труды отечественных и зарубежных авторов в области инноваций и инвестиционной деятельности, организации и управления здравоохранением.

В основе исследования лежит диалектический метод изучения объективных экономических законов, закономерностей, явлений и процессов в их постоянном развитии и взаимосвязи. В процессе работы применялись общепринятые методы и приемы научного познания экономических исследований: обобщение, систематизация и формализация информации, методы системного и сравнительного анализа, экспертных и ретроспективных оценок и имитационного моделирования.

Работа выполнена в соответствии с п. 4.16 – разработка стратегии и концептуальные положения перспективной инвестиционной политики с учетом накопленного научного и мирового опыта в целях экономического роста

и повышения эффективности экономических систем Паспорта ВАК специальности 08.00.05 – Экономика и управление народным хозяйством (управление инновациями и инвестиционной деятельностью).

Определения используемым в работе понятиям и категориям даны в Приложении Б, а список сокращений – в Приложении А.

**Информационная база исследования.** В ходе диссертационного исследования использовались нормативные правовые акты Российской Федерации и Хабаровского края, аналитические обзоры по здравоохранению, инновациям и инвестициям, рекомендации и разработки ведущих отечественных и зарубежных ученых, статистические данные по Хабаровскому краю за 1992–2004 гг., отчеты по финансово-хозяйственной деятельности органов управления здравоохранением, информация, размещенная на сайтах различных министерств, организаций и др.

**Научная новизна** диссертационного исследования заключается в том, что в ней впервые предложен комплексный инновационный подход к управлению ресурсами здравоохранения на уровне субъекта Российской Федерации, обеспечивающий повышение эффективности использования государственных средств и качества медицинской помощи.

К наиболее значимым элементам научной новизны можно отнести следующее:

– предложена стратегия развития и повышения инвестиционной привлекательности здравоохранения Хабаровского края с использованием системы индикативных показателей, характеризующих эффективность функционирования отрасли;

– обоснована необходимость применения инновационного подхода к управлению ресурсами здравоохранения региона, основанного на элементах проектного менеджмента, аудите эффективности использования государственных ресурсов на оказание гражданам РФ бесплатной медицинской помощи, внедрении бюджетирования, ориентированного на результат;

– разработана рейтинговая оценка эффективности деятельности системы здравоохранения на уровне субъекта РФ и обоснована необходимость



расчета интегрального показателя оценки эффективности функционирования региональной системы здравоохранения;

– сформулированы предложения по совершенствованию тарифной политики в области здравоохранения, направленные на стимулирование инновационных процессов в отрасли.

**Теоретическая значимость** диссертационного исследования состоит в развитии теоретических положений в области управления здравоохранением, в обосновании применения инновационного подхода к управлению ресурсами в здравоохранении; интеграции функций проектного менеджмента, индикативного планирования, оценки эффективности бюджетных расходов и аудита эффективности.

**Практическая значимость** исследования заключается в том, что разработанные теоретические и практические материалы явились основанием для подготовки и принятия постановления Правительства Хабаровского края от 25.07.05 г. № 86-пр «О ходе выполнения постановления Губернатора Хабаровского края от 09.01.02 г. № 6 «Об основных направлениях развития здравоохранения Хабаровского края на 2002–2005 годы» и мерах по дальнейшему развитию здравоохранения края на 2006–2010 годы».

Разработаны и внедрены в деятельность учреждений здравоохранения следующие методические рекомендации: экономический анализ деятельности учреждений здравоохранения; рейтинговая оценка эффективности деятельности учреждений здравоохранения; оценка состояния и эффективности использования основных производственных фондов учреждений здравоохранения; методика интегральной оценки деятельности системы здравоохранения и учреждений здравоохранения; методика аудита эффективности использования ресурсов здравоохранения.

**Основными результатами** диссертационного исследования являются:

– определено содержание ресурсного потенциала и сформулирована стратегия развития здравоохранения на уровне субъекта федерации с целью повышения инвестиционной привлекательности отрасли;

– обоснована необходимость применения и разработан научно-методический инструментарий инновационного подхода к управлению ресурсами здравоохранения;

– применён инновационный подход к управлению ресурсами здравоохранения на примере Хабаровского края.

**Апробация и внедрение результатов.** Основные результаты диссертационного исследования докладывались и обсуждались на ряде конференций и совещаний, в том числе на межрегиональной научно-практической конференции «Проблемы управления в условиях реформирования экономики» (г. Хабаровск, 1998 г.); «Социальная политика в Дальневосточном регионе России» (г. Хабаровск, 2001 г.); «Стратегии инновационного развития отраслей национальной экономики» (г. Новосибирск, 2006 г.); на Дальневосточном инновационном форуме с международным участием «Роль науки, новой техники и технологии в экономическом развитии регионов» (г. Хабаровск, 2003 г.); коллегиях министерства здравоохранения Хабаровского края «О ресурсах здравоохранения края и мерах по эффективному их использованию» (г. Хабаровск, 2002 г.), «Об итогах деятельности органов и учреждений здравоохранения в 2003 году и задачах по структурному реформированию системы здравоохранения Хабаровского края на 2004–2010 годы» (г. Хабаровск, 2004 г.).

Практическое внедрение разработок и рекомендаций в деятельность органов управления здравоохранением и учреждений здравоохранения подтверждается соответствующими справками.

**Публикации.** Основные результаты исследования опубликованы в 21 работе, в том числе 3 монографиях, общим объемом 34,7 п.л.

**Структура и объем работы.** Диссертация состоит из введения, трех глав, заключения, списка литературы из 156 наименований и трех приложений. Основное содержание работы изложено на 153 листах машинописного текста, включающее 21 таблицу и 12 рисунков.

## ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ ИННОВАЦИОННОГО ПОДХОДА К УПРАВЛЕНИЮ РЕСУРСАМИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

### *1.1. Социально-экономическое значение здравоохранения в экономике страны*

Объективно здоровье представляет реальную предпосылку для удовлетворения общественных и индивидуальных материальных и духовных потребностей [6]. На каждом историческом этапе развития общества достижение максимально возможного уровня индивидуального и общественного здоровья является важнейшим условием его социально-экономического прогресса [5, 112].

Исследователями здоровье оценивается не просто как природный дар, полученный в безвозмездное пользование, а как средство поддержания и улучшения человеческой жизни, требующее наряду с его потреблением и определенных затрат [48, 122].

О взаимосвязи здоровья и эффективности производства на рубеже 19-20 вв. писал видный английский экономист А. Маршалл. По его мнению, «...здоровье и сила населения включают три компонента – физический, умственный и нравственный. Они служат основой для производительности и создания материальных благ. В свою очередь материальные богатства увеличивают здоровье» [79].

В экономической литературе для определения возможностей участия трудоспособного населения в экономических процессах используются понятия рабочей силы и человеческого капитала [1, 22, 71].

Исследуя механизм функционирования рыночной экономики, К. Маркс исходил из того, что рабочая сила как «совокупность физических и духовных способностей, которыми обладает организм, живая личность человека», является товаром, который его владелец, наемный работник продает капиталу [78].

Человеческий капитал рассматривается как сформированный в результате инвестиций и накопленный человеком определенный запас здоровья,

знаний, навыков, способностей, которые целесообразно используются в той или иной сфере общественного воспроизводства, содействуют росту производительности труда и эффективности производства и тем самым ведут к росту доходов для самого человека, семьи предприятия и общества. Все виды затрат, которые носят целесообразный характер и определяют будущий денежный доход человека, расцениваются как «инвестиции в человеческий капитал». К ним относятся расходы на поддержание здоровья, получение образования, профессиональную подготовку и пр. [155].

В макроэкономическом понимании человеческий капитал является главным фактором экономического роста, является важнейшим стратегическим ресурсом экономического развития государства.

В настоящее время набор характеристик, которые используются для определения возможностей эффективного труда, расширен и объединяется понятием трудового потенциала [22]. Под ним понимаются трудовые ресурсы, выраженные в качественном измерении, характеризующие определенный уровень физического, душевного и интеллектуального развития, а также способность человека участвовать в процессе производства [155]. Компонентами трудового потенциала являются здоровье, нравственность, творческий потенциал, активность, организованность, образование и профессионализм [22].

В процессе жизнедеятельности у человека возникает естественная потребность в сохранении и воспроизводстве своего здоровья как экономического фактора (ресурса) [54, 53, 118]. Потребность в здоровье – самая насущная потребность человека [73, 103].

Следовательно, инвестиции в человеческий капитал как со стороны общества, так и непосредственно индивида в конечном итоге формируют мотивы экономического поведения человека.

Правомерен вопрос. Каков конечный результат экономического поведения человека? Правомерен и ответ. Конечным результатом экономического поведения человека является создание *благ*, под которыми понимается материальные или нематериальные блага, способные удовлетворять его потребности.

Таким образом, в основе здравоохранного поведения человека лежат его экономические мотивы, позволяющие ему удовлетворять свои потребности для сохранения и воспроизводства здоровья.

Становится понятным, что отсутствие целей развития и невостребованность человека как источника рабочей силы, а также неудовлетворенность его потребностей в конечном итоге ведут к деградации личности.

И, наоборот, востребованность человека в семье, обществе, на производстве формирует его экономическое поведение.

Следовательно, здоровье как экономическое благо формируется и развивается при наличии на него потребительского спроса в семье, обществе, на производстве; высоком качестве трудового потенциала индивида; способности приносить доход себе и обществу; целевом управлении трудовыми ресурсами, человеческим капиталом со стороны индивида, семьи и общества.

Реализация потребности человека в здоровье достигается на рынке товаров и услуг. Экономически активный человек на рынке труда вступает в трудовые отношения с предприятиями. Последние оплачивают труд человека в виде заработной платы или жалования. В свою очередь денежный доход, полученный человеком на рынке труда, позволяет ему на рынке продукции приобретать товары или услуги для удовлетворения своих потребностей и восстановления своего здоровья.

По мнению К. Менгера «Забота об удовлетворении потребности имеет то же значение, что и забота о нашей жизни и нашем благосостоянии; она является самым важным из всех стремлений человека, как предположение и основа всех остальных» [80]. Он же отмечает: «Наши потребности вытекают из влечений, последние же коренятся в нашей природе; неудовлетворение потребности ведет нашу природу к гибели, недостаточное удовлетворение – к разрушению ее, а удовлетворять потребности – значит жить и преуспевать».

В этих условиях государство, обеспечивая законодательную базу, призвано проводить мониторинг здоровья населения, как источника трудовых ресурсов, регулировать распределение ресурсов, стабилизировать экономику, поддерживать конкуренцию на товарном рынке и тем самым способствовать

росту доходов и материальных благ членов общества. В этой части важнейшей экономической функцией здравоохранения является сохранение и воспроизводство здоровья населения [61, 55, 56].

Постоянной целью обновленной политики Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) в Европейском регионе, обозначенной как «Здоровье – 21» (21 задача на 21-е столетие), является достижение полной реализации всеми людьми их «потенциала здоровья» [4].

ВОЗ определены три основополагающие ценности здоровья как этической основа предстоящей работы:

- здоровье – одно из важнейших прав человека;
- справедливость в вопросах охраны здоровья и действенная солидарность стран, групп и коллективов людей внутри стран;
- участие в охраны здоровья отдельных людей, групп населения и учреждений и организаций.

При этом под охраной здоровья населения понимается совокупность мер политического, экономического, правового, социального, культурного, научного, медицинского, санитарно-гигиенического и противоэпидемического характера, направленных на сохранение и укрепление физического и психического здоровья каждого человека, поддержания его долголетней активной жизни, предоставление ему медицинской помощи в случае утраты здоровья (ст. 1 «Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан», 1993).

Модель здравоохранной деятельности в регионе можно представить следующим образом (рис. 1).

Из рисунка следует, что здоровье населения (3) и в первую очередь «здоровье здоровых» является объектом управления со стороны следующих субъектов: органов управления административно-территориальных образований (1), организаций и учреждений, связанных со здравоохранной (2) и производственной деятельностью (4). Система здравоохранения (5) нацелена на сохранение и воспроизводство здоровья населения путем использования

ресурсного потенциала бюджета территории (6), средств обязательного медицинского страхования - ОМС (7), добровольного медицинского страхования - ДМС (8) и платных медицинских услуг (9).



Рисунок 1 – Модель здравоохранной деятельности в регионе

Исходя из представленного рисунка, можно сделать заключение о том, что основными резервами сохранения и воспроизводства здоровья населения могут явиться:

1. Разработка государственной политики на всех уровнях управления административно-территориальных образований, координация деятельности ведомств, организаций и учреждений различных форм собственности по реализации приоритетных стратегических направлений в области охраны здоровья.

2. Экономическая заинтересованность работодателя любой формы собственности в охране здоровья работников через налоговые льготы и пр.

3. Повышение качества жизни, санитарно-гигиеническое просвещение, воспитание здорового образа жизни у населения.

4. Повышение эффективности деятельности учреждений здравоохранения, оказывающих медицинские услуги населению.

Для реализации поставленных задач необходимо выработать четкую стратегию охраны здоровья населения, которая должна реализовываться в несколько этапов (рис. 1):

1. Формирование доктрины в области охраны здоровья на региональном уровне (1) как основы государственной политики.

2. Определение на научной основе миссии и «дерева» целей здравоохранной системы региона, включающей подцели органов управления административно-территориальных образований, организаций и учреждений, связанных со здравоохранной и производственной деятельностью и непосредственно системы здравоохранения (3,4,5).

3. Разработка программы по сохранению и воспроизводству здоровья населения региона, включающей все субъекты управления здравоохранной деятельностью территории (1).

4. Организация системы мониторинга для сопровождения данной программы и оценки ее эффективности (1).

Организация здравоохранной деятельности на уровне региона или муниципального образования можно представить в виде рис. 2.

На уровне субъекта Федерации выделяют два уровня управления – региональный и муниципальный. Статьи 6–8 «Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан», а также федеральные законы от 04.07.03 г. № 95-ФЗ «Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации», от 06.10.03 г. № 131-ФЗ «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации», от 28.08.04 г. № 122-ФЗ «О внесении изменений в законодательные акты Российской Федерации ...» определяют компетенцию субъектов управления (респуб-



лики в составе РФ, автономные области, автономные округа, края, области, органы местного самоуправления) в вопросах охраны здоровья граждан.



Рисунок 2' – Организация здравоохранной деятельности на уровне региона или муниципального образования

В соответствии с принятым законодательством на субъекты Федерации возложена обязанность принятие законодательных и иных правовых актов, контроль за их соблюдением и исполнением 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 об-

разованию населения; право установления региональных стандартов медицинской помощи на уровне не ниже стандартов медицинской помощи, установленных федеральным органом исполнительной власти; участие в осуществлении контроля за соблюдением стандартов медицинской помощи в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, уполномоченным Правительством Российской Федерации; оказание населению специализированных видов медицинской помощи в кожно-венерологических, противотуберкулезных, наркологических, психиатрических и онкологических диспансерах и др.

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; организация первичной медико-санитарной помощи в амбулаторно-поликлинических, стационарно-поликлинических и больничных учреждениях; оказание медицинской помощи женщинам в период беременности, во время и после родов и скорой медицинской помощи (за исключением санитарно-авиационной), обеспечение ее доступности, контроль за соблюдением стандартов медицинской помощи, обеспечение граждан лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения на подведомственной территории и др.

Решение проблемы охраны здоровья населения в сфере здравоохранения включает в себя выделение субъектов и объектов управления, выбор приоритетов, формирование стратегий и программ охраны здоровья, их ресурсное и технологическое обеспечение, достижение показателей результативности и эффективности.

Для таких субъектов управления, как органы управления административно-территориальных образований, органы управления социальной защиты и социального страхования, страховые компании, Росздравнадзор, органы управления в правоохранительной сфере, органы управления в области охраны окружающей среды стратегии здравоохранной

ны окружающей среды стратегии здравоохранной деятельности должны формироваться преимущественно в области профилактики заболеваний – «охрана здоровья здоровых», которые приводят к ограничению спроса населения на медицинские услуги.

В компетенции указанных субъектов находится контроль за такими факторами, как: качество питания и питьевой воды, чистота воздуха, обеспечение благоустроенным жильем, возможность заниматься спортом, занятость население, своевременное получение заработной платы и прочие факторы, составляющие понятие качество жизни.

В этой части необходим консолидированный комплексный межведомственный подход по охране здоровья населения и повышению качества жизни в области профилактики заболеваний. Здесь решение части проблем берет на себя государство, например, страхование здоровья, пропаганду здорового образа жизни, профилактику курения, избыточного веса, здоровое питание и водопотребление, экологическую безопасность, вакцинопрофилактику, борьбу с наркоманией, алкоголизмом, преступностью и пр.

Для координации этой деятельности формируются межведомственные комиссии (координационные Советы) по охране здоровья граждан и здравоохранению на всех уровнях управления. Задачи комиссии (Совета) – это выбор приоритетов, разработка стратегии и программ по охране здоровья населения, их правовое, ресурсное, технологическое и информационное обеспечение, а также анализ и контроль за исполнением принятых решений.

Решение части вопросов берет на себя сообщество или индивид: привитие и закрепление навыков, умений и жизненных стереотипов, охватывающих рациональную организацию труда и отдыха, досуга, питания, физическая активность, личная гигиена, формирование здоровой семьи, профилактика вредных привычек, экологическое мышление, т.е. снижение и нивелирование факторов риска (*из материалов решения Коллегии министерства здравоохранения РФ от 20.03.2002 г.; протокол № 6*).

Все эти мероприятия должны приводить к сдерживанию спроса населения на медицинскую помощь и уменьшать нагрузку на систему здравоохранения.

Сфера производства медицинских услуг или собственно медицина занимается лечением больных, но здоровья в широком смысле не дает, т.к. она не способна в полном объеме влиять на образ жизни, а в конечном итоге на качество жизни [11, 84].

В современных условиях реформирование сферы производства медицинских услуг направлено на инновационное развитие отрасли, эффективное использование существующей ресурсной базы при сохранении и повышении качества и эффективности медицинской помощи населению.

Однако опыт показывает, что низкий уровень жизни значительной части населения, социальное иждивенчество, низкая санитарная грамотность населения, отсутствия у части населения мотивации к сохранению и воспроизводству своего здоровья не позволят в ближайшее время добиться существенного успеха в профилактике заболеваний. Это означает, что «нагрузка» на здравоохранение будет возрастать.

Следовательно, основные резервы эффективного использования ресурсов здравоохранения будут концентрироваться непосредственно в самой системе здравоохранения, в том числе непосредственно в сфере производства медицинских услуг.

Экономика здравоохранения представляет собой отраслевую экономику [20]. Можно выделить несколько причин, обусловивших потребность в возникновении и развитии экономики здравоохранения [34]:

Приоритет социальной сферы, отказ от «экономического детерминизма».

Существование эмпирического базиса экономики здравоохранения вследствие длительной реальной практики управления, как в нашей стране, так и за рубежом (опыт социального планирования в СССР; проекты построения социальной рыночной экономики в ряде стран Западной Европы, социальные программы правительства США, например, программы социальной помощи и медицинского обслуживания бедных «Medicaid»):

Распыленность формирующейся новой экономической дисциплины (экономика здравоохранения) между различными смежными науками.

Объектом исследования экономики здравоохранения является система здравоохранения, ее организационная структура и экономический механизм.

Предметом экономики здравоохранения являются отношения по поводу производства и потребления услуг здравоохранения, т.е. экономический механизм отрасли и пути его совершенствования.

Реальным содержанием экономики здравоохранения как научной дисциплины является изучение связей, отношений и закономерностей функционирования сферы здравоохранения с точки зрения эффективности производства услуг здравоохранения, обеспечивающих расширенное воспроизводство человека и поступательное движение общества.

В настоящее время пришло понимание того, что здравоохранение является участником экономического обмена, представляет собой важное звено в едином народнохозяйственном комплексе страны. Планирование и управление экономикой здравоохранения стало постепенно осуществляться с позиции сбалансированности спроса и предложений на услуги здравоохранительной сферы с возмещением ее затрат на расширенное воспроизводство [3, 19, 115, 154].

Общее представление о структуре обмена системы здравоохранения с другими субъектами рынка можно представить рис. 3. [65].

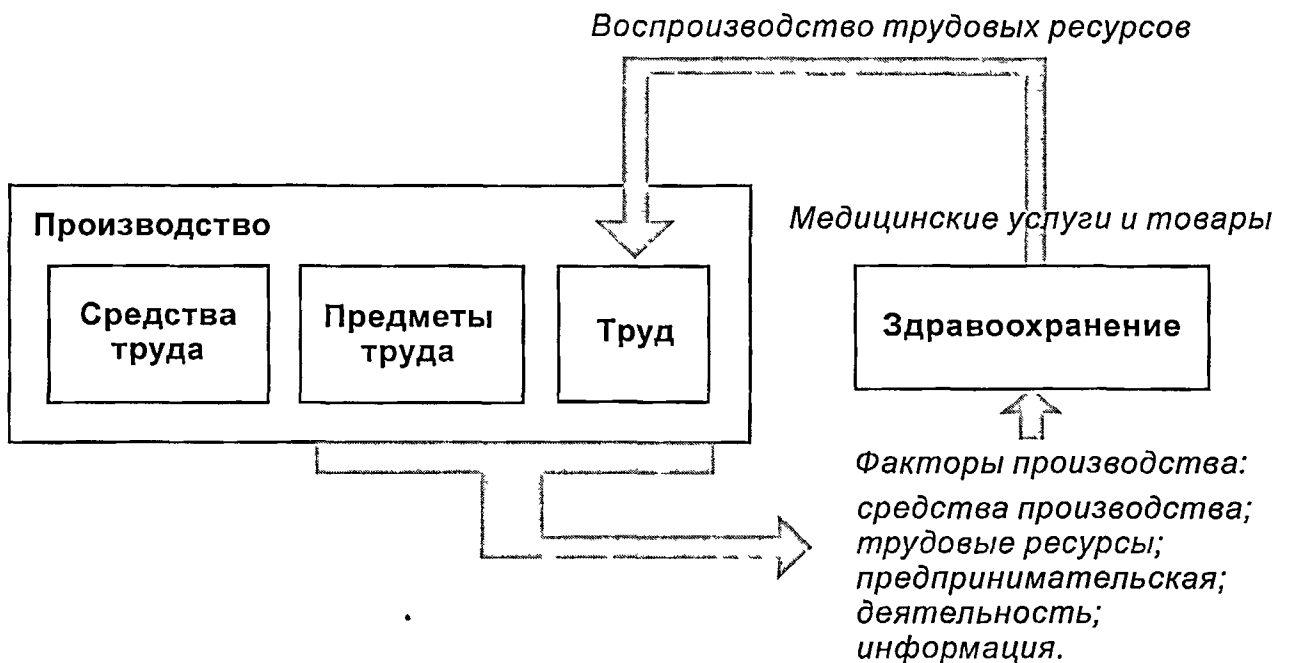


Рисунок 3 – Схема обмена системы здравоохранения с производством

Из рис. 3 следует, что общество формирует спрос на медицинские услуги, под которыми понимаются целенаправленное и непосредственное взаимодействие медицинского персонала с потребителями (пациентами). Результатом взаимодействия является нематериальный продукт, удовлетворяющий потребности человека в диагностической, лечебно-профилактической, консультативной помощи или облегчение его психофизиологического состояния, имеющий самостоятельное законченное значение и определенную стоимость [24].

Система здравоохранения, являясь субъектом рынка, формирует предложение в виде медицинских товаров и услуг. Производимые медицинские товары и услуги способствуют снижению заболеваемости населения с временной нетрудоспособностью, его инвалидизации и смертности от болезней и травм, что увеличивает продолжительность жизни. В конечном итоге система здравоохранения в обществе, сохраняя здоровье человека, способствует формированию его трудового потенциала, а также воспроизводству трудовых ресурсов. В свою очередь трудовые ресурсы являются важнейшим элементом производительных сил общества [53].

В то же время для того, чтобы здравоохранение эффективно функционировало, ему необходимы факторы производства, включающие средства производства, трудовые ресурсы, предпринимательскую деятельность и информацию.

Основными источниками финансирования здравоохранения в настоящее время являются:

- бюджет (государственное гарантированное медицинское обслуживание населения);
- средства обязательного медицинского страхования (программа ОМС);
- средства предприятий и организаций, личные средства граждан через систему добровольного медицинского страхования (программа ДМС);
- средства предприятий и организаций, личные средства граждан, средства бюджета по договорам в рамках отраслевого заказа (частная медицинская практика).

Ведущее значение сохраняет государственное финансирование здравоохранения в виде Программы государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью (ТПГГ).

Наиболее вероятными направлениями развития здравоохранения при сохранении государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью могут явиться:

1. Увеличение государственных расходов на здравоохранение.
2. Эффективное использование уже имеющихся производительных сил в здравоохранении.
3. Развитие негосударственного сектора здравоохранения.
4. Легализация теневого рынка медицинских услуг. Альтернативой «теневому» рынку медицинских услуг является добровольное медицинское страхование.

К числу перспективных проблем, решение которых повысит эффективность использования ресурсов здравоохранения, следует отнести [25; 108]:

1. Модернизация системы государственных гарантий обеспечения граждан медицинской помощью.
2. Структурные преобразования в системе здравоохранения.
3. Интеграция различных источников финансирования за оказанную медицинскую помощь.
4. Разработка эффективной системы контроля и мониторинга социально-экономических индикаторов.
5. Внедрение реальной экономической ответственности руководителей органов управления и учреждений здравоохранения за объемы, качество и эффективность производимых медицинских услуг.
6. Подготовка специалистов в области медицинского менеджмента и экономики здравоохранения.
7. Воспитание в населении потребности в охране своего здоровья, расширение межведомственной координации по охране здоровья населения.

Приоритет следует отдавать эффективному использованию уже имеющихся экономических ресурсов. В этих условиях возрастает значение государственного регулирования здравоохранной деятельности, через

дарственного регулирования здравоохранной деятельности через систему мер законодательного, исполнительного и контролирующего характера, осуществляемых органами управления здравоохранения разного уровня, прочими субъектами внутри-и вневедомственного контроля, а также общественными организациями, например, ассоциациями медицинских работников.

Государство в ближайшие годы будет по-прежнему продолжать прямое регулирование хозяйственной деятельности лечебно-профилактических учреждений через органы управления здравоохранением, определяя ресурсную базу, ценовую политику, осуществляя контроль за качеством и объемом услуг. Для этого будут использоваться административные и экономические методы воздействия. Необходимость государственного контроля над здравоохранением, заключается в том, что свободный рынок, часто считающийся саморегулирующимся и наиболее эффективным способом достижения подъема отрасли, просто не пригоден для системы здравоохранения в связи с «ошибками рынка» [76].

Современная экономическая система в здравоохранении характеризуется сочетанием черт административно-командной и рыночной систем управления.

Основными признаками административно-командной системы в здравоохранении являются: государственная собственность на ресурсы в здравоохранении; монополизация рынка медицинских услуг; централизованное экономическое планирование. Развитие отрасли при административно-командной системе характеризуется финансированием лечебно-профилактических учреждений по смете доходов и расходов на основе их плановой мощности; централизованным финансированием развития основных фондов учреждений здравоохранения; целевым внедрением новых медицинских технологий на основе их разработки и апробации в научно-медицинских центрах без реального учета рыночных факторов и альтернативных вариантов наиболее эффективного использования выделяемых ресурсов [85]. В задачи планирования при административно-командной системе входило: достижение максимального уровня обеспеченности населения ме-



дицинскими специалистами, койками и пр.; равномерное распределение их по регионам; унификация оснащенности медицинских учреждений; жесткий постатейный контроль за использованием финансовых средств [42, 39].

В условиях формирующегося рынка медицинских услуг прежняя система планирования здравоохранения уже не может существовать в неизменном виде. Это связано и с изменением организационно-правовых форм собственности учреждений здравоохранения, и с переменами в системе управления, и с формированием новой системы экономических отношений.

Признаками рыночной системы в здравоохранении являются: негосударственные виды собственности на ресурсы отрасли; формирование реального рынка медицинских услуг; децентрализованное планирование медицинских услуг населению. Хозяйственный механизм современного здравоохранения должен создать адекватную модель функционирования отрасли, которая смогла бы соединить воедино два противоречивых начала – «план» (волевою регулирующую деятельность центра) и «рынок» (совокупность автоматических регуляторов – подсистему прямых и обратных связей между производителем услуг и их потребителем).

Задачей органов управления здравоохранением в этих условиях является создание эффективного механизма управления здравоохранением в административно-территориальных образованиях при наличии различных форм собственности в отрасли, а также при сочетании административно-командных методов управления и формирующегося рынка медицинских услуг. Очевидно, что в данных условиях роль государственного регулирования здравоохранения будет сохраняться:

### ***1.2. Ресурсный потенциал отрасли здравоохранения; стратегические и тактические задачи его повышения***

Анализ ресурсного потенциала занимает важное место в планировании деятельности системы здравоохранения и учреждений здравоохранения.

Под потенциалом мы понимаем возможность субъекта (системы здравоохранения, учреждений здравоохранения) выполнять поставленные страте-

гические и тактические задачи по предоставлению населению медицинских услуг надлежащего качества.

Под ресурсным потенциалом здравоохранения мы понимаем состояние ресурсов отрасли, характеризующих уровень развития производительных сил здравоохранения, их способность участвовать в процессе производства медицинских товаров и услуг населению установленного качества.

Ресурсы здравоохранения подразделяются на финансовые, материально-технические, трудовые и информационные.

Финансовые ресурсы в рамках программы государственных гарантий оказания населению бесплатной медицинской помощи характеризуются расчетной, утвержденной и фактической стоимостью ТПГГ, в том числе за счет бюджета (федерального, субъекта и муниципального), средств системы обязательного медицинского страхования и предпринимательской деятельности, подушевыми нормативами финансирования и нормативами финансовых затрат на единицу медицинской услуги.

Материально-технические ресурсы в учреждениях здравоохранения характеризуются численностью учреждений здравоохранения, их структурой по уровням и этапам оказания медицинской помощи, балансовой стоимостью основных фондов, их структурой, износом и пр. Медицинское оборудование характеризуется указанными выше показателями, а также показателями, отражающими состояние основных фондов (коэффициенты обновления, выбытия, накопления), укомплектованности в соответствии с табелями оснащения и показателями эффективности использования (фондооснащенность, фондовооруженность, фондоемкость, фондоотдача, коэффициент использования оборудования).

Трудовые ресурсы характеризуются обеспеченностью и укомплектованностью штатами, их структурой, соотношением числа врачей и среднего медицинского персонала, удельным весом сертифицированных и аттестованных специалистов и пр.

Анализ ресурсной базы здравоохранения Российской Федерации свидетельствует о том, что неуправляемой (или слабо управляемое) развитие

здравоохранения в условиях ограниченного финансирования отрасли приводит к росту диспропорций условий оказания медицинской помощи между территориями и внутри них, истощению ресурсов отрасли, концентрации лечебных учреждений в административных центрах, а, следовательно, к снижению качества медицинской помощи [124].

По эффективности использования ресурсов здравоохранения Россия в мире занимает только 130 место [17].

Каковы основные причины кризиса ресурсообеспечения в здравоохранении России. К ним следует отнести [114]:

Бюджетно-затратный инерционный механизм развития системы здравоохранения:

Отсутствие экономических методов управления отраслью.

Избыточная структура здравоохранения, ориентированная на оказание преимущественно госпитальной медицинской помощи:

Материально-техническое и технологическое отставание, «истощение» основных фондов; их недостаточное ресурсное воспроизводство.

Низкая заработная плата медицинских работников. Утрата ею стимулирующей и воспроизводственной функций.

В условиях дефицита ресурсов политика ресурсосбережения является важнейшим фактором экономической стабилизации здравоохранения [15, 60, 113, 114, 115]. Под ресурсосбережением в здравоохранении следует понимать снижение затрат на производство единицы медицинских услуг. Именно ресурсная база здравоохранения и перспектива ее развития как сектора экономики является основой для формирования системы управления ресурсами здравоохранения на всех уровнях управления.

Проблема ресурсосбережения в здравоохранении имеет три составляющие:

1. Нерациональное использование существующих финансовых, материальных, трудовых и информационных ресурсов.

2. Ограниченное воспроизводство ресурсов, в том числе основных фондов, обусловленное снижением объемов капитальных вложений, уменьшением доли активной части основных фондов и пр.

3. Выбытием ресурсов, главным образом, за счет полного износа активной и пассивной частей основных фондов, ликвидации учреждений, оттока специалистов из учреждений здравоохранения и пр.

Следовательно, основу рационального ресурсосбережения в современном здравоохранении составляют рациональное использование существующих ресурсов и рациональное воспроизводство ресурсов [113].

Очевидно, что современная парадигма управления ресурсами здравоохранения заключается в ориентации на интенсивное развитие производства медицинских услуг на основе инновационных технологий.

В настоящее время удельный вес государственных расходов на здравоохранение в России составляет в пределах 3,0% валового внутреннего продукта, в то время как рекомендованный Всемирной организацией здравоохранения минимум составляет 5% (в Австрии доля этих расходов составляла 5,9%, Германии - 8,2%, США – 6,6%) [32, 106, 111, 147]. Исследованиями С.В.Шишкина установлено, что в России расходы государства и населения на здравоохранение составляют 6,19% ВВП, в том числе 3,45% - расходы государства и 2,74% - расходы населения [150]. Соотношение расходов государства и населения на здравоохранение в России равняется 56:44. Аналогичное соотношение между государственными и частными расходами на здравоохранение имеет место в странах Латинской Америки (1990 год – 60:40). В странах с развитой рыночной экономикой это соотношение составляет 75:25.

Расходы населения на медицинские нужды составляют значительную часть семейного бюджета. Личные средства граждан, не являясь прямым источником финансирования системы здравоохранения, в значительной степени превратились в источник финансирования «теневых рынков» медицинских услуг [63, 49, 135]. По доли личных расходов населения в совокупном объеме затрат на здравоохранение Россия находится на уровне развивающихся стран с низким подушевым доходом, а по уровню государственных обязательств в сфере здравоохранения – впереди многих стран с развитой рыночной экономикой [152]. Так, доля личных расходов граждан в совокупном объеме затрат на здравоохранение в России составляет 55-60%, в развитых странах с ры-

ночной экономикой – 24%, в развивающихся странах с низким доходом – 53% [28].

Расходы на здравоохранение в структуре бюджета большинства субъектов Российской Федерации составляют в среднем 15,5% [152]. Среди источников финансирования здравоохранения средства бюджета составляют 52%, средства обязательного медицинского страхования – 48%. Доля расходов бюджета на стационарную помощь составляет в пределах 60%, на амбулаторно-поликлиническую помощь – 31%, на скорую медицинскую помощь – 6% и на стационарзамещающие технологии – 3%. Дефицит финансового наполнения территориальных программ государственных гарантий обеспечения граждан России бесплатной медицинской помощью в 2003 году составил 18,9% [139]:

В 2004 году расчетная потребность в финансировании Программы государственных гарантий в Российской Федерации составила 438,4 млрд руб.; фактическое финансирование составило 355,6 млрд руб. (81%); дефицит программы составил 82,8 млрд руб. (19%). В структуре финансирования средства бюджета составили 58%, средства ОМС – 42%.

Расчетная стоимость территориальных программ ОМС в Российской Федерации составила 240,3 млрд руб.; фактически из средств ОМС израсходовано 149,3 млрд руб. (62%); дефицит финансовых средств, необходимых на реализацию территориальных программ ОМС составил 91,0 млрд руб. (38%). Из 149,3 млрд руб. налоговые поступления составили 89,6 млрд руб. (60%), страховые взносы на ОМС неработающего населения – 49,9 млрд руб. (33%) и прочие поступления – 9,8 млрд руб. (7%) [125, 126].

Динамика показателей ресурсов здравоохранения Российской Федерации в период с 2000 по 2004 гг. представлена в табл. 1.

Из табл. 1 следует, что в Российской Федерации в период 2000–2004 гг. произошло уменьшение численности учреждений здравоохранения на 5%, коечного фонда на 9,8%. В указанный период времени произошло уменьшение количества стационаров на 7,3% и амбулаторно-поликлинических учреждений – на 3,9%, а также числа врачей и среднего медицинского персонала – соответственно на 0,3% и 2,2%.

Таблица 1 – Динамика показателей ресурсов здравоохранения Российской Федерации в период с 2000 по 2004 гг.

Показатель	2000 г.	2002 г.	2004 г.	2004 г. в % к 2000 г.
Всего учреждений	17627	17424	16753	95,0
Всего стационаров	9946	9663	9222	92,7
Всего амбулаторно-поликлинические учреждения*	17689	17536	16996	96,1
Численность коечного фонда	1573900	1530913	1420835	90,2
Число врачей, тыс.	608,7	608,6	607,1	99,7
Укомплектованность должностей с учетом совместительства, %	93,6	93,2	93,0	99,4
Число среднего медицинского персонала, тыс.	1397,4	1388,3	1367,6	97,9
Укомплектованность должностей с учетом совместительства, %	96,0	96,0	96,0	100

\* – включены амбулаторно-поликлинические учреждения, входящие в состав больнично-поликлинических объединений.

Сокращение количества самостоятельно хозяйствующих субъектов привело и к изменению структуры сети учреждений здравоохранения, возрастанию численности областных, центральных районных учреждений при снижении численности городских и участковых учреждений. Так в 2006 г. в структуре учреждений здравоохранения областные больницы составили 12 % (1990 г. – 6%), центральные районные – 23 % (1990 г. – 13 %), участковые больницы – 22 % (1990 г. – 47 %) [124]. В свою очередь это привело к тому, что в 2000 г. соотношение числа коек на 10 тыс. жителей в административных центрах превысило в 1,54 раза показатели обеспеченности койками населения на уровне территориального здравоохранения (в 1990 г. – 1,34).

Аналогичные тенденции отмечаются и по амбулаторно-поликлиническим учреждениям, где за последние годы наметилась тенденция к возрастанию потребности населения в получении специализированных услуг.

Изменение структуры учреждений здравоохранения за последние годы сопровождалось и уменьшением численности медицинских работников. Обеспеченность врачебными кадрами в 2004 году в Российской Федерации

составила 42,4 на 10 тыс. нас. Наибольшая обеспеченность отмечается в Северо-Западном и Дальневосточном Федеральном округах – соответственно 46,6 и 45,9 на 10 тыс. нас.; наименьшая обеспеченность – в Уральском и Южном Федеральном округах – соответственно 35,8 и 38,4 на 10 тыс. нас. Коэффициент совместительства составляет 1,5.

Обеспеченность средним медицинским персоналом в 2004 году в Российской Федерации составила 90,5 на 10 тыс. нас. Наибольшая обеспеченность отмечается в Приволжском и Уральском Федеральном округах – соответственно 104,9 и 98,6 на 10 тыс. нас.; наименьшая обеспеченность – в Южном и Центральном Федеральном округах – соответственно 85,3 и 90,5 на 10 тыс. нас. Коэффициент совместительства составляет 1,3.

Важнейшей проблемой развития здравоохранения Российской Федерации является низкий уровень укомплектованности лечебными кадрами учреждений здравоохранения, оказывающих первичную медико-санитарную помощь. Из 607,1 тыс. врачей в стране участковые врачи составляют лишь 56,0 тыс. или менее 10%. Укомплектованность первичного звена здравоохранения в Российской Федерации составляет в пределах 57% при среднем возрасте врачей 52 года.

Для здравоохранения Российской Федерации характерен высокий уровень износа основных фондов. Обновление основных фондов составляет в пределах 75% от необходимого их объема в сопоставлении с нормативным уровнем. Для полной амортизации основных фондов существуют определенные сроки: для зданий и сооружений – в среднем 33 года, для медицинского оборудования – 8 лет, для автотранспорта – 5 лет [123]. В целом по состоянию на 01.01.2005 года износ основных фондов учреждений здравоохранения составлял 35,4%, в том числе зданий – 27,4%, оборудования – 58,5% [124]. При этом обновление зданий и сооружений в год составляет 1,6% (норматив – 1,2-3%), оборудования – 9,4% (норматив – 12,5%). Сложилась тенденция постепенного «вымывания» ресурсов из отрасли.

Здания и сооружения, являясь ведущей составляющей основных фондов здравоохранения, в стоимостном выражении достигают 75% от их общей

стоимости. Объем ветхого фонда в общей структуре основных фондов за последнее десятилетие сократился с 13,1 до 9,6%, требующего реконструкции – с 36,3 до 32,4% на фоне возрастания среднего износа зданий – от 25 до 30%. В целом обновление зданий осуществляется замедленными темпами, стоимостные показатели обновления достигают 20% от требуемого норматива.

Особенно неблагоприятно выглядит ситуация по медицинскому оборудованию. Распределение медицинского оборудования по территориям происходит крайне неравномерно: предпочтение отдается учреждениям, расположенным в административных центрах. Удельный вес медицинской техники в учреждениях здравоохранения областного подчинения составляет 33,7%, в городских учреждениях – 36,%, в центральных районных больницах – 20,4% [124].

Показатель фондовооруженности специалиста в учреждениях здравоохранения России с учетом износа оборудования составляет 18,5 тыс. руб. При этом фондовооруженность специалистов учреждений административных центров устойчиво превышает среднетерриториальные показатели.

Для эффективной деятельности учреждений здравоохранения важное значение имеет состояние автопарка. В целом по состоянию на 01.01.2005 года износ автотранспорта составил 62,0% [124]. При этом обновление автотранспорта ежегодно составляет только 8,7% при нормативе 20%. Реальный показатель обновления транспорта с учетом инфляционного процесса в пять раз ниже нормативного.

Частичное решение проблемы оснащения медицинской техникой и санитарным автотранспортом возможно за счет реализации Национального проекта в сфере здравоохранения. Предполагается оснастить соответственно в 2006–2007 гг. соответственно по 5085 амбулаторно-поликлинических учреждений. Финансовое обеспечение в 2006 году составит 14,3 млрд руб., в 2007 г. – 15,4 млрд руб. Кроме того, планируется укрепление материально-технической базы службы скорой медицинской помощи, в том числе оснащение бригад скорой медицинской помощи современными транспортными средствами и реанимобилями. Планируется в 2006–2007 гг. соответственно



приобрести 6060 автомашин скорой медицинской помощи, в том числе 120 реанимобилей и 120 реанимобилей с кювезами. Финансовое обеспечение: в 2006 г. составит 3,6 млрд руб., в 2007 г. — 3,9 млрд руб.

По остальным видам медицинского оборудования (физиотерапевтическое, стоматологическое, наркозно-дыхательное, операционное и пр.) территориям необходимо разрабатывать программы переоснащения учреждений здравоохранения в соответствии с табелями оснащения, уровнями, этапами и видами медицинской помощи.

Современное государственное здравоохранение столкнулось с противоречиями все возрастающей потребности населения на медицинские услуги и нарастающей ограниченностью предложения, обусловленное дефицитом финансирования, неэффективным менеджментом в части рационального использования ресурсов. Это с одной стороны. А с другой стороны существует объективная реальность ежегодного увеличения расходов на оказание медицинской помощи вследствие постарения населения, ухудшения состояния его здоровья, появления новых заболеваний, увеличения потребности в медицинской и социальной помощи [68, 84].

В сложившихся условиях повышается необходимость повышения ресурсного потенциала здравоохранения, определения стратегических и тактических задач эффективного управления ресурсами здравоохранения.

К стратегическим задачам эффективного управления ресурсами здравоохранения в части планирования следует отнести:

Создание системы стратегического планирования развития здравоохранения Российской Федерации.

Разработку сценариев развития здравоохранения с учетом реальной потребности населения в услугах здравоохранения, состояния ресурсной базы здравоохранения и возможностей ее развития.

Переход на индикативный метод планирования деятельности системы здравоохранения и учреждений здравоохранения, основанный на учете реального спроса населения на медицинские услуги, нормативном методе финансирования, результатах и эффективности деятельности здравоохранения.

Создание условия для привлечения внебюджетных источников финансирования, прежде всего за счет добровольного медицинского страхования и платных медицинских услуг.

Формирование заказа на подготовку специалистов в области управления, экономики и финансирования здравоохранения.

К задачам в части организовывания следует отнести:

1. Модернизацию отрасли – формирование организационной инфраструктуры системы здравоохранения, позволяющей удовлетворить спрос населения на услуги здравоохранения, с приоритетным развитием первичной медико-санитарной помощи:

2. Модернизацию системы обязательного медицинского страхования.

3. Развитие стационарзамещающих технологий. Перераспределение более затратных видов госпитальной помощи на менее затратный амбулаторно-поликлинический этап. Развитие здесь дневных стационаров, амбулаторной хирургии, хирургии одного дня, а также консультативно-диагностических центров и службы врача общей практики.

4. Разделение стационарной помощи на этапы интенсивного лечения; долечивания и восстановительного лечения. Выделение сети стационаров для лечения больных с хроническими заболеваниями, а также нуждающихся в медико-социальной помощи (больницы (дома) сестринского ухода, хосписы).

5. Ликвидация или перепрофилирование неэффективно функционирующих учреждений здравоохранения без ущерба для оказания медицинской помощи населению. Перемещение высвобождающихся ресурсов для оснащения других учреждений здравоохранения.

6. Формирование паспортов здравоохранения на уровне субъекта Федерации, муниципального образования и табелей оснащения учреждений здравоохранения.

К задачам в части мотивирования следует отнести:

1. Переход на отраслевую систему оплаты труда, в которой уровень заработной платы должен быть связан с объемом и качеством выполненных услуг.

2. Использование дополнительных качественных критериев оценки деятельности специалистов здравоохранения в лечебно-профилактических учреждениях, таких как результативность, производительность, интенсивность, трудоемкость, качество и эффективность.

К задачам в части контроля и анализа следует отнести:

1. Создание медицинских информационно-аналитических центров в структуре органов управления здравоохранением.

2. Разработка и внедрение единой системы интегральной оценки эффективности деятельности системы здравоохранения и учреждений здравоохранения.

3. Разработка и внедрение аудита эффективности деятельности системы здравоохранения и учреждений здравоохранения.

4. Мониторинг за результатами медицинской и экономической деятельности учреждений здравоохранения, их ресурсным и технологическим обеспечением.

К тактическим задачам эффективного управления ресурсами здравоохранения в области эффективного использования материальных ресурсов следует отнести:

Совершенствование системы управления материальными ресурсами:

1. Анализ состояния основных производственных фондов, в первую очередь их активной части в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения.

2. Оценка эффективности использования основных производственных фондов, их активной и пассивной частей.

3. Разработка таблиц оснащения оборудованием учреждений здравоохранения, а также нормативов фондооснащенности и фондовооруженности специалистов здравоохранения в зависимости от уровня и видов оказания медицинской помощи населению:

4. Разработка программ переоснащения учреждений здравоохранения края медицинским оборудованием на основе таблиц оснащения.

5. Техническое и технологическое перевооружение учреждений здравоохранения в зависимости от уровня и видов оказания медицинской помощи.

К задачам в области эффективного использования финансовых ресурсов следует отнести:

1. Переход на страховой принцип деятельности учреждений здравоохранения на основе нормативного метода финансирования.
2. Формирование нормативов финансирования учреждений здравоохранения на основе стандартов оказания медицинской помощи населению.
3. Внедрение бюджетирования в деятельность системы здравоохранения и учреждений здравоохранения.
4. Применение финансовых санкций за неэффективное или нецелевое использование финансовых средств учреждениями здравоохранения.

К задачам в области эффективного использования трудовых ресурсов следует отнести:

1. Соответствие объемов подготовки специалистов с высшим и средним медицинским образованием с потребностями в них.
2. Совершенствование системы аттестации и сертификации специалистов здравоохранения. Разработка стандартизованных критериев оценки их деятельности, связанных с уровнем и видами оказываемой медицинской помощи; а также результатами медицинской и экономической деятельности.
3. Обеспечение подготовки и переподготовки квалифицированных специалистов здравоохранения; в том числе по вопросам управления и экономике здравоохранения.

Таким образом, в современных условиях перед органами управления региональным здравоохранением стоит широкий спектр задач, решение которых будет способствовать формированию системы управления здравоохранением; нацеленной на эффективное использование имеющихся ограниченных материальных, финансовых и трудовых ресурсов.

### ***1.3. Проблемы реформирования здравоохранения в Российской Федерации и обоснование необходимости инновационного подхода к управлению ресурсами отрасли***

В СССР сферу здравоохранения было принято относить к числу наиболее благополучных отраслей. Советская система здравоохранения формиро-

валась, главным образом, как компонент инфраструктуры индустриального производства, ориентированного, прежде всего, на военные нужды. Это способствовало развитию «ведомственной» и «номенклатурной» медицины, на которые приходилось соответственно 20 и 30% бюджета здравоохранения страны.

Планирование здравоохранения осуществлялось на основе так называемых представительных характеристик, среди которых главными были число больничных коек и численность врачей (врачебных должностей), что отражало ее экстенсивный путь развития. Так, в 1988 г. в США на 10 тыс. жителей приходилось 27,2 врача и 51,2 больничных коек, а в СССР – 43,8 врача и 131,3 больничные койки.

В то же время в СССР здравоохранение характеризовалось колоссальными структурными диспропорциями. В 1990 г., по данным Мирового банка, подушевые расходы на здравоохранение в СССР составляли 49,2 % от среднемирового уровня или 5,7 % от уровня США, 6,8 % – от уровня Швеции, 8,5 % – от уровня Франции, 10,3 % – от уровня Японии, 15 % – от уровня Великобритании. По этому показателю СССР был в то время близок к Бразилии и лишь в 1,5 раза превосходил средний уровень стран Латинской Америки и Карибского бассейна. Обращал на себя внимание и тот факт, что в технологическом отношении советское здравоохранение было в целом несопоставимо с западным здравоохранением. В 1979 г. стоимость больничного оборудования на одну больничную койку в здравоохранении составлял 350 руб., а в США – 70 тыс. дол. Значительно худшим, чем в любой из стран Запада, было и остается соотношение госпитальной и амбулаторно-поликлинической помощи. Стационарная помощь в общем объеме лечебно-профилактического обслуживания до настоящего времени составляет 65–70 %, в Западной Европе – 35–50 %. Доля врачей, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, составляет 20-25%, в Западной Европе – 60-60%. По оценке В.П.Корчагина, потери от неэффективной структуры медицинской помощи достигают 20% общей суммы финансирования здравоохранения.

Таким образом, в конце 80-ых годов в СССР сложилась система здравоохранения, в которой:

Фактическая обеспеченность ресурсами соответствовала скорее уровню развивающихся, чем развитых стран.

Структура ресурсов и эффективность их использования были неудовлетворительными.

Медицинские учреждения функционировали исключительно на основе сметного финансирования на сетевые показатели.

В этих условиях задачи реформирования отрасли заключались в том, чтобы перераспределить государственные инвестиции с расширения сети лечебно-профилактических учреждений на ее техническое перевооружение, а также сформировать прозрачный и относительно простой механизм государственного финансирования общедоступной медицинской помощи, стимулируя выбор наиболее экономичных вариантов.

Указанные задачи не были выполнены. Отрасль сохранила структурную неэффективность, техническое и технологическое отставание.

В 1987 г. в порядке эксперимента в Кемеровской, Самарской и Ленинградской областях был спроектирован так называемый новый хозяйственный механизм, целью которого явилось придать большую эффективность экономическому поведению учреждений здравоохранения. Сметное финансирование было заменено образованием единых фондов финансовых средств, которые формировались в расчете на численность населения, проживающего в зоне обслуживания. Соответствующие ассигнования передавались в распоряжение амбулаторно-поликлинических учреждений, которые выступали в роли фондодержателей и расплачивались со стационарами за услуги, оказываемые направляемым поликлиникой пациентам. К сожалению, новый хозяйственный механизм в отрасли не получил повсеместного распространения.

Новый этап институциональных преобразований был связан с формированием в 1993 году системы обязательного медицинского страхования (ОМС). Предполагалось решить две задачи. Первая – обеспечить бесперебойное финансирование здравоохранения в размерах, минимально необходимых с точки зрения принадлежности России к числу мировых лидеров в области медицинского обслуживания. Вторая – кардинально повысить эффективность и качество медицинского обслуживания за счет создания конку-

рентной среды между страховщиками и непосредственно лечебно-профилактическими учреждениями.

Предполагалось, что размер страхового взноса составит в пределах 10,8-11,0% от фонда оплаты труда. Однако в итоге норматив составил только 3,6%, а с 01.01.2005 года – 2,8%. Кроме того, в систему ОМС направлялись взносы субъектов Федерации и органов местного самоуправления на страхование неработающего населения. При этом порядок и размеры взноса определялись самими администрациями. В конечном итоге подобный механизм финансирования системы ОМС привел к существенному дефициту средств и дисбалансу финансовых ресурсов и обязательств.

Новой попыткой сформировать эффективный механизм функционирования отрасли стала Концепция развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации, одобренная постановлением Правительства от 05.11. 1997 №1387 [51].

Целью Концепции развития здравоохранения в Российской Федерации явилось сохранение и улучшение здоровья людей, а также сокращение прямых и косвенных потерь общества за счет снижения заболеваемости и смертности населения. Основными задачами Концепции явились увеличение объема мероприятий по профилактике заболеваний, сокращения сроков восстановления утраченного здоровья и повышение эффективности использования ресурсов здравоохранения.

В Концепции признано, что в сложившихся условиях важное значение приобретают:

- обеспечение адекватности финансовых ресурсов объемам государственных гарантий, поэтапное повышение доли средств, направляемых на финансирование здравоохранения, до 6-7% от валового внутреннего продукта;
- совершенствование методики установления тарифов на медицинские услуги;
- развитие негосударственного сектора в здравоохранении;
- проведение инвестиционной инновационной политики, обеспечивающей высокую эффективность вложений – максимального медицинского, социального и экономического эффекта на единицу затрат и пр.

В 1998 г. Концепция была подкреплена постановлением Правительства Российской Федерации от 11.09.98 № 1096 «Об утверждении Программы государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью». В рамках данной Программы сделана первая попытка сбалансировать обязательства государства и ресурсное обеспечение по их исполнению.

Однако и на данном этапе запланированные мероприятия привели к ожидаемым результатам. В Российской Федерации продолжала ухудшаться медико-демографическая ситуация, уменьшалась продолжительность жизни населения, снижалась рождаемость, и, наоборот, отмечался рост смертности населения. В этот же период времени в здравоохранении Российской Федерации сохранялся дефицит (40-50%) программы государственных гарантий оказания населению бесплатной медицинской помощи, неоправданно медленными темпами осуществлялись структурные преобразования, нарастал износ основных производственных фондов лечебно-профилактических учреждений, сохранялся отток кадров из отрасли.

В этой связи группой ученых и организаторов здравоохранения был разработан план мероприятий по реализации Концепции развития здравоохранения на 2001-2005 гг. и на период до 2010 года, который был полностью увязан с правительственной программой социально-экономического развития Российской Федерации на 2001-2005 гг. и на период до 2010 года. В программе Правительства Российской Федерации были выделены главные причины неэффективного использования ресурсов в здравоохранении:

- неупорядоченность многоканальной системы государственного финансирования здравоохранения за счет средств бюджетов всех уровней и системы ОМС;

- сохранение принципа финансирования лечебно-профилактических учреждений из бюджета в расчете на ресурсные показатели (кочный фонд, штаты и пр.) вне зависимости от реальной работы медицинских организаций;

- отсутствие стимулов у лечебно-профилактических учреждений к проведению реструктуризации и эффективному использованию ресурсов;



– неудовлетворительная координация действий органов управления здравоохранением и всех субъектов ОМС, ослабление функции стратегического и текущего планирования в их деятельности.

В этой связи Центром стратегических разработок были выделены следующие основные направления реформирования здравоохранения [121]:

1. Обеспечение сбалансированности объемов государственных гарантий предоставления населению бесплатной медицинской помощи с финансовыми возможностями государства.

2. Повышение структурной эффективности системы здравоохранения.

3. Обеспечение хозяйственной самостоятельности государственных и муниципальных учреждений здравоохранения, расширение организационно-правовых форм медицинских организаций, развитие негосударственного сектора здравоохранения.

4. Изменение подходов к организации и оплате труда медицинских работников.

5. Реформирование системы финансирования здравоохранения, включающее: завершение перехода к преимущественно страховой форме мобилизации финансовых средств для здравоохранения и к страховому финансированию медицинских организаций; переход на нормативный метод финансирования здравоохранения.

Для решения указанных задач необходимо принятие ряда законов Российской Федерации: «О государственных гарантиях медицинской помощи», «Об обязательном медицинском страховании» и «Об автономных учреждениях». Разработчики законопроектов считают, что их принятие позволит конкретизировать государственные гарантии оказания населению бесплатной медицинской помощи; завершить перевод здравоохранения на страховые принципы; укрепить финансовую основу системы обязательного медицинского страхования; осуществить переход от принципа содержания учреждений здравоохранения на принципы финансирования бесплатной медицинской помощи по стандартам ее оказания; расширить организационно-правовые формы медицинских учреждений. Однако до настоящего времени указанные законопроекты не приняты.

В сентябре 2005 года Президентом Российской Федерации было объявлено о приоритетных национальных проектах: здравоохранение, образование, доступное жилье и развитие агропромышленного комплекса.

Предпосылками для Национального проекта в здравоохранении России явились: негативные медико-демографические тенденции; низкий уровень укомплектованности учреждений здравоохранения, оказывающих первичную медико-санитарную помощь; недостаточное развитие профилактического направления в здравоохранении; высокий уровень износа основных производственных фондов; низкий уровень доступности высокотехнологичной медицинской помощи.

Приоритетами Национального проекта являются: развитие первичной медико-санитарной помощи; развитие профилактического направления медицинской помощи; обеспечение населения высокотехнологичной медицинской помощью. На реализацию проекта в 2006–2007 гг. в Российской Федерации планируется выделение из федерального бюджета почти 146 млрд руб., в т.ч. в 2006 г. – 58 млрд руб. и в 2007 г. – 88 млрд руб.

В Хабаровском крае во исполнение решения коллегии Минздравсоцразвития Российской Федерации от 14.10.05 г. министерством здравоохранения Хабаровского края 23.11.05 г. проведена коллегия с участием руководителей органов управления здравоохранением муниципальных образований и медицинской общественности, посвященная вопросам реализации Национального проекта в здравоохранении Хабаровского края в 2006–2007 гг., утвердившая план мероприятий и сетевой график по реализации Национального проекта. В настоящее время проводится плановая работа. Общий объем финансирования Национального проекта в Хабаровском крае в 2006 г. за счет средств федерального бюджета составит в пределах 2,0 млрд руб., в том числе около 1,0 млрд руб. будет направлено на строительство центра сердечно-сосудистой хирургии для оказания населению Дальневосточного федерального округа высокотехнологичной медицинской помощи при заболеваниях сердечно-сосудистой системы.

Общеизвестно, что к настоящему времени в экономически развитых государствах сложились три основные формы финансирования здравоохранения [7, 28, 74, 110, 119, 120, 147, 148]:

1. Преимущественно частнопредпринимательская (главным образом в США).
2. Преимущественно страховая (Западная Европа, Япония).
3. Преимущественно государственная (Великобритания, Швеция).

Вместе с тем ни одна из существующих моделей здравоохранения не существует в чистом виде, каждая использует элементы других форм.

В государствах с преимущественно государственной системой здравоохранения (Великобритания) средства обязательного медицинского страхования передаются финансирующим органам (государственным страховщикам), которым принадлежат медицинские учреждения. Отсюда следует жесткое государственное планирование, которое полностью вытесняет рыночные отношения из государственной системы медицинского страхования. Финансирующая сторона выплачивает заработную плату врачам, а остальные расходы финансирует по статьям заранее запланированной сметы доходов и расходов медицинских организаций. Для пациента лечение полностью бесплатное, что создает стимулы для перепотребления медицинской помощи. В то же время врачи не имеют стимула ни к повышению качества медицинской помощи, ни к эффективному использованию ресурсов [100, 106]. Для устранения указанных недостатков в государственной системе здравоохранения Великобритании в начале 90-х годов началась реформа, нацеленная на формирование рынка медицинских услуг.

В Японии медицинская помощь оказывается через систему медицинского страхования. Основное направление государственного планирования осуществляется через гибкую систему тарифов. Часть медицинской помощи оплачивается непосредственно самим пациентом (от 10 до 30%). Достаточно близкая система оплаты медицинской помощи наблюдается и во Франции.

На страхование выделяются, как правило, средства из трех источников: субсидии государства, целевые взносы работодателей и взносы самих работ-

ников. По преобладающему источнику доходы на ОМС страны можно разделить на четыре группы [28]:

- страны, где финансирование осуществляется в основном за счет государства (Дания, Франция, Япония);
- страны, где преобладает доля отчислений работодателей (Италия; Бельгия, Россия);
- страны, где преобладают средства работника (Швейцария);
- страны с паритетным участием работодателей и работников (Германия, Нидерланды).

Статья 10 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан выделяет следующие источники финансирования:

- средства бюджетов всех уровней;
- средства, направляемые на обязательное и добровольное медицинское страхование;
- средства целевых фондов, предназначенных для охраны здоровья граждан;
- средства государственных и муниципальных предприятий, организаций и других хозяйствующих субъектов, общественных объединений;
- доходы от ценных бумаг;
- кредиты банков и других кредиторов;
- безвозмездные и (или) благотворительные взносы и пожертвования;
- иные источники; не запрещенные законодательством РФ.

*(Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22.07.93 г. № 5487-1).*

Однако до настоящего времени в здравоохранении Российской Федерации преимущественно существуют четыре основных источника финансирования:

1. Бюджет (федеральный, региональный, муниципальный).
2. Система обязательного медицинского страхования.
3. Добровольное медицинское страхование.
4. Платные медицинские услуги.

В Российской Федерации финансирование лечебных учреждений сохраняет в себе элементы двух экономических моделей: государственной бюджетно-сметной и страховой [7, 40, 129].

Государственная бюджетно-сметная система финансирования здравоохранения ориентирована на оплату содержания сети медицинских учреждений. Это способствует увеличению вложений в основные производственные фонды через расширение сети, строительство новых и увеличение мощности существующих учреждений здравоохранения, но при этом «замораживаются» процессы их интенсивного использования. Финансирование идет не на удовлетворения потребности населения в медицинской помощи, а на обслуживание (содержание) лечебно-профилактических учреждений [39].

Страховая модель предполагает оплату за объем оказанной помощи. Это создает для лечебных учреждений объективную мотивацию повышения интенсивности работы, увеличения объема оказанных услуг. При этом лечебно-профилактические учреждения заинтересованы в проведении реструктуризации видов и объемов услуг, а также сети учреждений здравоохранения, в первую очередь за счет увеличения дорогостоящих услуг. Это ведет к наращиванию объемов госпитальной помощи при одновременном снижении объемов помощи на амбулаторно-поликлиническом этапе.

Следовательно, существующие бюджетно-сметная и страховая модели финансирования учреждений здравоохранения в Российской Федерации не в полной мере соответствуют целям и задачам инновационного развития отрасли, не формируют механизмы эффективного использования ресурсов, сдерживают структурную реорганизацию отрасли и в конечном итоге оказывают негативное влияние на качество медицинской помощи населению.

Таким образом, за последние 17 лет здравоохранение Российской Федерации прошло длительный путь реформирования - от нового хозяйственного механизма до системы обязательного медицинского страхования. Однако поставленные задачи по улучшению здоровья населения и повышению эффективности использования ресурсов отрасли не были выполнены. Отмеченные факторы и явились основанием для разработки инновационных подходов к управлению ресурсами здравоохранения.

В экономической литературе встречаются разнообразные определения категории «инновация». Ученые трактуют ее в зависимости от объекта и предмета своего исследования. Наиболее известные определения в инноватике принадлежат таким авторам как Й. Шумпетер, И. Перлаки, В. Хартман, Б. Твисс, Б. Санто, В. Колосов, С. Ильенкова, В. Бурков, В. Шапиро, В. Воропаев и др.

Понятие «инновации» произошло от английского слова «*innovation*», перевод которого на русский язык означает «нововведение», или «новшество». Под новшеством понимается новый порядок, новый обычай, новый метод, новое явление. А словосочетание «нововведение» (в буквальном смысле «введение нового») означает процесс использования новшества.

По мнению Л.Ф. Шайбаковой, «инновация – это изменение в продукте, технике, технологии, материализующее новое научное знание, а также формирующее новый способ удовлетворения сложившихся общественных потребностей, либо создающее новые» [143]. В мировой экономической практике понятие «инновация» интерпретируется как процесс превращения потенциального научно-технического прогресса в реальный, воплощающийся в новых продуктах и технологиях [98]. В экономической литературе встречаются и другие определения понятий «инновация» и «нововведение» [9, 10, 35, 98].

Нами для целей дальнейшего исследования принято определение понятия инновации, изложенное в «Концепции инновационной политики Российской Федерации на 1998-2000 годы», где под инновацией понимается конечный результат инновационной деятельности, получивший реализацию в виде нового или усовершенствованного продукта, реализуемого на рынке, нового или усовершенствованного технологического процесса, используемого в практической деятельности.

В здравоохранении под инновациями следует понимать целенаправленные преобразования в отрасли, в т.ч. в ее организационной структуре и экономическом механизме, направленные на повышение эффективности использования ресурсов и качества оказания медицинской помощи, а также наибольшее удовлетворение потребности населения в услугах здравоохра-

ния. Применительно к выполняемой работе можно говорить о процессной инновации, затрагивающей усовершенствование организации производства медицинских услуг.

Содержанием инноваций являются инновационный подход, инновационные процессы и инновационная деятельность [36].

Под инновационным подходом в здравоохранении мы понимаем совокупность научных знаний, норм и правил, методологических и методических разработок, которые позволяют определить предпосылки, приоритеты, цели, задачи и основные мероприятия по развитию отрасли для достижения целевых показателей, направленных на дальнейшее повышение качества и эффективности оказания медицинской помощи населению, а также эффективное использование ресурсов здравоохранения.

Соответственно под инновационным процессом в здравоохранении следует понимать преобразование научных знаний или разработанного научно-методического инструментария в инновацию, которую можно представить как цепь событий (например, создание, освоение и распространение нововведений), в ходе которых инновация вызревает от идеи до конкретного продукта, технологии или услуги, отражающих более высокий уровень функционирования и эффективности деятельности системы здравоохранения.

Инновационная деятельность в здравоохранении – это деятельность, направленная на использование научных знаний для усовершенствования организации оказания медицинской помощи населению с целью повышения качества и эффективности оказания медицинских услуг, а также эффективного использования ресурсов здравоохранения. Инновационная деятельность, связанная с капитальными вложениями в инновации, называется инновационно-инвестиционной деятельностью.

Важнейшими направлениями государственной политики в области инновационного развития здравоохранения являются:

Формирование региональной инновационной системы здравоохранения в целях реализации стратегических национальных приоритетов страны и региона.

Ориентация деятельности органов управления здравоохранением и учреждений здравоохранения на конечный результат.

Управление инновационной деятельностью в системе здравоохранения на (учреждениях здравоохранения) на основе системного подхода, который делает возможным комплексное изучение системы здравоохранения как единого целого с изучением его структурных компонентов (подсистемы, элементы), взаимосвязей и финансово-экономических отношений, выявлением роли каждого структурного компонента в инновационной деятельности.

Содержанием инновационного процесса в здравоохранении являются:

1. Миссия, цели и задачи (в рамках структурной декомпозиции) управления инновационной деятельностью в системе здравоохранения и учреждениях здравоохранения.

2. Организационная инфраструктура здравоохранения и учреждений здравоохранения с выделением объектов и субъектов управления (в рамках структурной декомпозиции).

3. Финансово-экономические отношения между субъектами и объектами организационной инфраструктуры здравоохранения.

4. Методы и правила финансирования (прямое бюджетное финансирование, финансирование на основе финансовых нормативов - тарифы Хабаровского краевого фонда обязательного медицинского страхования).

5. Налогообложение учреждений здравоохранения, занимающихся предпринимательской деятельностью.

6. Методы регулирования деятельности учреждений здравоохранения: бюджетные ограничения (смета доходов и расходов, тарифы на медицинские услуги), нормативы объемов оказания медицинской помощи населению (в расчете на 1000 человек) в рамках программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи.

7. Структурно-организационные стандарты (медицинские паспорта районов, паспорта учреждений здравоохранения, требования к организации и табели оснащений учреждений здравоохранения и пр.).

8. Технологические стандарты оказания медицинской помощи.



9. Модели конечных результатов деятельности системы здравоохранения и учреждений здравоохранения: (целевые показатели).

10. Методы экономического анализа, в том числе финансового, управленческого и комплексного анализа финансово-хозяйственной деятельности системы здравоохранения и учреждений здравоохранения.

11. Методы финансового контроля и аудита эффективности (внутреннего и внешнего).

12. Нормативное правовое, методическое и информационно-аналитическое обеспечение инновационного механизма в здравоохранении.

Бовин А.А. и соавт. выделили три составляющие инновации [8]:

- потребность, подлежащая удовлетворению;
- концепция объекта, способная удовлетворить потребность, то есть новая идея;
- компоненты, представляющие совокупность имеющихся знаний, материалов и доступных технологий, позволяющих довести концепцию до рабочего состояния.

Применительно к рассматриваемой проблеме можно говорить о растущей потребности населения в услугах здравоохранения более высокого качества, удовлетворении новой потребности на основе разработки концепции инновационного развития здравоохранения, разработки и внедрении новых или усовершенствования существующих организационных и медицинских технологий. Содержанием инновационного подхода к управлению ресурсами здравоохранения является концепция развития, включающая предпосылки, приоритеты, цели, задачи и сценарии развития отрасли. Кроме того, инновационный подход включает в себя предложения по оптимизации инфраструктуры здравоохранения, экономического механизма отрасли, а также методическое обеспечение, касающееся интегральной оценки эффективности деятельности системы здравоохранения, учреждений здравоохранения, аудита эффективности, оценки экономической эффективности деятельности здравоохранения, состояния и эффективности использования основных фондов учреждений здравоохранения, экономического анализа.

В современных условиях эффективным механизмом инновационного развития является проектный менеджмент. Существуют различные определения проектного менеджмента.

Проект – комплексное, одномоментное, ограниченное по времени, бюджету и ресурсам мероприятие, направленное на достижение цели или системы целей [44].

Проектный менеджмент – это упорядоченный подход к деятельности в неупорядоченной среде [27].

Управление проектами – это процесс применения знаний, навыков, методов, средств и технологий к проектной деятельности в целях достижения или превышения ожидания участников проекта (*PM BoK – Guide to the Project Management Body of Knowledge*).

Проектный менеджмент характеризуется целью, комплектностью и четким определением ресурсных параметров.

Регламент проектного управления включает в себя следующие позиции:

- инициализация проекта – постановка стратегической цели;
- планирование проекта – разработка бизнес-плана проекта;
- реализация проекта – бюджетирование проекта;
- контроль проекта – контроль за отклонениями;
- завершение проекта – подведение итогов и внедрение результатов

проекта.

Применительно к здравоохранению проектное управление необходимо для развития системы здравоохранения и учреждений здравоохранения, эффективного управления инвестициями и направлено на достижение желаемого результата и с точки зрения показателей здоровья населения, и с точки зрения качества работы учреждений здравоохранения.

Содержанием проектного менеджмента в здравоохранении являются собственно содержание проекта и содержание результата. В свою очередь содержание проекта включает в себя структурный компонент (ресурсное обеспечение) и процессный компонент (технологическое обеспечение). Содержанием результата проекта являются качество здоровья населения и качество

оказываемых медицинских услуг населению, которые оцениваются по таким основным показателям, как доступность, безопасность и эффективность.

В рамках выполненной научной работы содержанием результата является разработка инновационных подходов к управлению ресурсами здравоохранения. Мерой успешности результата могут быть: пригодность предложенных механизмов для использования, их медицинская, социальная и экономическая эффективность. Решение проблемы затрагивает и инфраструктуру здравоохранения (ресурсное обеспечение), и процессный компонент (технологическое обеспечение), и финансово-экономические механизмы, и в целом систему экономических отношений в здравоохранении. В этом случае мерой успешности является: соответствие стандартам, соблюдение требований нормативных правовых актов, удовлетворенность разработчиков и выполнение бюджета.

Достижение результатов проекта во многом зависит от рисков. В соответствии с РМ ВоК риски – это возможные незапланированные события, которые могут быть как негативными, так и позитивными; наступление этих событий может вызвать необходимость выполнения дополнительных работ проекта. Риски целесообразно рассматривать применительно к треугольнику управления проектами или так называемому тройному ограничению: содержания, времени и стоимости [27]. Применительно к инновационной деятельности в здравоохранении риски можно классифицировать на организационные, правовые, финансовые, структурные и технологические. Более подробно этот вопрос освещен в разделе 3.3.

Поддержание баланса тройного ограничения составляет основу системы управления изменениями [27]. Механизмами управления изменениями в системе здравоохранения являются внутри-, вневедомственный контроль, аудит, в том числе аудит эффективности, а также интегральная оценка деятельности системы здравоохранения.

Среди основных принципов бюджетной системы Российской Федерации заявлены «эффективность и экономность расходования бюджетных средств, необходимость достижения при составлении и исполнении бюдже-

тов заданных результатов с использованием наименьшего объема средств или достижения наилучшего результата с использованием определенного бюджетом объема средств» [13].

В целях повышения эффективности расходования бюджетных средств и оптимизации управления государственными расходами Правительством Российской Федерации была одобрена Концепция реформирования бюджетного процесса в 2004–2006 гг. В соответствии с ней при планировании и исполнении бюджета с 2005 года должен применяться альтернативный метод реализации бюджетной политики – бюджетирование [75, 88].

Существуют различные определения бюджетирования [117, 138, 153].

Мы отдаем предпочтение определению бюджетирования как процессу регулярного планирования, учета, контроля и анализа финансово-экономического состояния, нацеленного на достижение результата [43].

Применительно к системе здравоохранения под бюджетированием следует понимать процесс регулярного планирования, учета, контроля и анализа финансово-экономического состояния системы здравоохранения и учреждений здравоохранения, нацеленных на достижение качества здоровья в популяции; а также обеспечение доступности и качества оказания медицинской помощи населению.

Выделяют следующие функции бюджетирования: прогнозную, координирующую; регулирующую, нормативную, учетную, контрольную, информационно-аналитическую, регламентирующую (разграничение полномочий и ответственности между уровнями руководства) [12].

Ключевое место в бюджетировании занимают финансовая модель бюджетирования, финансовая структура и контроль [43, 44].

Под финансовой моделью бюджетирования понимается методика планирования, учета, контроля и анализа исполнения бюджетов. Методика должна включать в себя систему нормативов и ограничений, управленческую политику, модель каждого бюджета и модель консолидированного бюджета.

На рис. 4 представлены выделенные Брюхановой Н.В. и Фадейкиной Н.В. основные составляющие бюджетирования организации.



Рисунок 4 – Основные составляющие бюджетирования в организации [12]

В качестве основных целей системы бюджетирования в здравоохранении можно выделить:

1. Прогноз финансово-экономического состояния системы здравоохранения и учреждений здравоохранения с учетом социально-экономического положения в регионе. Содержанием прогноза являются: социально-экономическая ситуация в регионе, тенденции основных финансово-экономических показателей, вероятные сценарии развития здравоохранения (например, оптимистический, пессимистический), учет факторов внутренней и внешней среды.

2. Разработка, согласование и утверждение плановых показателей деятельности системы здравоохранения и учреждений здравоохранения: постановка объемных (объемы деятельности) и финансово-экономических целей, разработка проектов операционных и функциональных бюджетов, формирование финансовой модели бюджетирования, согласование и утверждение бюджетов.

3. Закрепление финансовых полномочий и ответственности за участниками процесса бюджетирования системы здравоохранения и учреждений

здравоохранения. Данный раздел включает в себя финансово-экономическую структуру, финансово-экономическая модель и финансово-экономические показатели системы здравоохранения и учреждений здравоохранения.

4. Учет, анализ и контроль финансово-экономического состояния системы здравоохранения и учреждений здравоохранения.

Для получения более точной информации для финансовых бюджетов выстраивается система операционных и функциональных бюджетов.

Операционное бюджетирование представляет собой процесс регулярного планирования учета, контроля и анализа финансово-хозяйственного состояния учреждений здравоохранения в системе здравоохранения или структурных подразделений в составе учреждений здравоохранения.

Функциональное бюджетирование представляет собой процесс регулярного планирования учета, контроля и анализа финансово-хозяйственного состояния учреждений здравоохранения в системе здравоохранения или структурных подразделений в составе учреждений здравоохранения; например по составу статей экономической классификации расходов бюджетов РФ.

Необходимый элемент внедрения новой системы бюджетирования – переход к среднесрочному бюджетному планированию (с установлением четких правил изменения объема и структуры ассигнований), в рамках которого рассматриваются одобренные ранее основные показатели финансового плана, осуществляется их корректировка вследствие произошедших изменений, прогнозируются основные параметры на последующие годы. Это обеспечивает преемственность государственной политики и предсказуемость распределения бюджетных средств, а также четкую процедуру их корректировки [99].

При переходе на программно-целевое бюджетирование в здравоохранении появляется возможность своевременно корректировать программу государственных гарантий оказания населению бесплатной медицинской помощи, а также гибко перераспределять средства с учетом хода реализации программы.

Расширение горизонта бюджетного планирования позволит сформировать четкую систему критериев и индикаторов оценки эффективности дея-

тельности органов управления здравоохранением и учреждений здравоохранения, обеспечить объективность оценки результатов реализации программы, оптимизировать структуру и управление ресурсами здравоохранения.

Такой подход позволит установить и более четкое соответствие среднесрочных финансовых планов ежегодно разрабатываемым макроэкономическим прогнозам и сценарным макроэкономическим условиям, используемым при бюджетном планировании.

Цели бюджетирования отражены на стр. 53 настоящего диссертационного исследования. Примерный перечень целевых показателей оценки деятельности системы здравоохранения на уровне субъекта Федерации или муниципального образования отражены в табл. 2 [67].

Таблица 2 – Перечень целевых показателей оценки деятельности системы здравоохранения на уровне субъекта Федерации или муниципального образования

№ п/п.	Показатели	Индикаторы
1	2	3
<i>Оценка выполнения государственного (муниципального) плана-задания по оказанию населению Хабаровского края бесплатной медицинской помощи (объемы помощи)</i>		
1.	Стационарная помощь (к-дн. на 1 чел в год)	
2.	Амбулаторно-поликлиническая помощь (посещений на 1 чел в год)	
3.	Дневные стационары (пациенто-дн. на 1 чел в год)	
4.	Скорая медицинская помощь (число вызовов на 1чел.)	
5.	Квоты в федеральных учреждениях (пролечено больных)	
<i>Оценка выполнения государственного (муниципального) плана-задания по оказанию населению Хабаровского края бесплатной медицинской помощи (финансирование)</i>		
6.	Финансирование (млн руб.), в том числе:	
7.	За счет средств бюджета (млн руб.), в том числе:	
7.1.	– федерального	
7.2.	– краевого	
7.3.	– муниципального	
8.	За счет средств ОМС (млн руб.)	
9.	За счет предпринимательской деятельности (млн руб.)	
10.	Подушевое финансирование (руб.)	
<i>Показатели результативности медицинской деятельности</i>		
11.	Младенческая смертность (на 1000 живорожденных.)	
12.	Перинатальная смертность (на 1000 родов)	
13.	Смертность населения в трудоспособном возрасте (на 100 тыс. нас. в трудоспособном возрасте)	
14.	Первичный выход на инвалидность всего населения (на 10 тыс. нас.)	
15.	Первичный выход на инвалидность детского населения (на 10 тыс. нас.)	

## Окончание таблицы 2

1	2	3
16.	Охват периодическими осмотрами (%)	
17.	Охват профилактическими осмотрами (%)	
18.	Охват профилактическими прививками (%)	
19.	Удельный вес посещений в поликлинику с профилактической целью (%)	
20.	Охват диспансерным наблюдением работающего населения в возрасте 35-55 лет (%)	
21.	Удельный вес лиц, достигших целевого значения артериального давления (%)	
22.	Удельный вес больных СД, достигших уровня гликозилированного гемоглобина не более 7,6%	
23.	Прерывание беременности (на 1000 женщин 15-49 лет)	
24.	Заболеваемость вирусным гепатитом (А+В+С) (на 100 тыс. нас.)	
25.	Заболеваемость сифилисом (на 100 тыс. нас.)	

Из табл. 2 следует, что к основным индикаторам оценки деятельности системы здравоохранения на уровне субъекта федерации относятся показатели выполнения плана-задания по оказанию населению бесплатной медицинской помощи (объемы и финансирование медицинской помощи), а также показатели результативности медицинской деятельности.

Участники процесса бюджетирования – список лиц или подразделений, которые непосредственно задействованы в системе бюджетного управления и отвечающие за выполнение определенных функций бюджетирования. В учреждениях здравоохранения – это главный врач, его заместители, в том числе главный бухгалтер (финансовый директор), заместитель по экономическим вопросам, заведующие или руководители подразделений.

Объекты бюджетирования – структурный элемент (структурная декомпозиция) системы здравоохранения или учреждения здравоохранения, по определенным финансово-экономическим показателям которого периодически проводится планирования, учет, анализ и контроль.

Организационный регламент бюджетирования – документ, регламентирующий порядок выполнения функций бюджетирования, включает в себя закрепление функций бюджетирования за участниками процесса бюджетирования, периоды бюджетирования и сроки подготовки бюджетов (табл. 3).



Таблица 3 – Пример закрепления функций бюджетирования за участниками процесса бюджетирования в учреждениях здравоохранения

№ п/п	Объекты процесса бюджетирования	Функции бюджетирования
1	Главный врач	– доведение целевых показателей до работников учреждения – утверждение бюджета – утверждение результатов план-фактного анализа
2	Заместитель по экономическим вопросам	– подготовка проекта сводного бюджета – подготовка проектов операционных и функциональных бюджетов – контроль за исполнением бюджетов – проведение план-фактного анализа – проведение экономического анализа
3	Финансовый директор (главный бухгалтер)	– контроль исполнения регламента бюджетирования – контроль результатов анализа исполнения бюджетов – подготовка аналитической записки к бюджетам

Классификатор бюджетов – полный перечень всех бюджетов, используемых в здравоохранении, в том числе сводный финансовый, операционный и функциональный бюджеты.

В этом случае регламент бюджетирования при планировании деятельности структурных подразделений в составе учреждений здравоохранения будет включать в себя: планируемые мероприятия, например число пролеченных больных или количество исследований; планируемые затраты на основе финансовых нормативов; планируемые затраты в соответствии со статьями экономической классификации расходов бюджетов Российской Федерации; показатели, характеризующие эффективность производственной и финансово-экономической деятельности.

В целом процесс бюджетирования является комплексной системой, которая тесно взаимодействует с другими элементами бюджетного управления, среди которых следует выделить основные [44]:

– собственно Положение о бюджетировании – определяет процесс бюджетирования в целом, основные параметры системы бюджетирования; служит в качестве основного регламента при выполнении функций бюджетирования;

– положение о финансовой структуре – определяет ответственность за исполнение бюджетов;

– положение о финансово-экономической службе – определяет процедуру разработки, согласования, утверждения и внесения изменений в бюджет.

Все вышеотмеченное позволило Брюхановой Н.В. и Фадейкиной Н.В. сделать вывод о том, что бюджетирование, по сути, является финансовой моделью организации. Исходя из общетеоретических данных о моделях и моделировании, авторы считают, что под моделью бюджетирования надо понимать систему математических уравнений, логических утверждений и данных, которые описывают взаимодействие переменных, характеризующих все основные аспекты финансовой деятельности организации

Важное место в процессе бюджетирования занимает контроль. Различают контроль по плану, контроль по факту и план-фактный контроль [44]. Контроль по плану позволяет предотвращать неэффективные решения при планировании, а также осуществлять контроль выполнения ограничений. Контроль по факту позволяет отслеживать фактические результаты работы учреждений здравоохранения. План-фактный контроль позволяет понять причины неэффективных плановых решений и низких результатов деятельности системы здравоохранения и учреждений здравоохранения.

В рамках выполняемого диссертационного исследования нами разработана и внедрена в деятельность учреждений здравоохранения методика интегральной оценки, методика экономического анализа, а также методика аудита эффективности деятельности системы здравоохранения и учреждений здравоохранения, позволяющие осуществлять контроль по факту и план-фактный контроль [58, 67, 68].

## ГЛАВА 2. МЕТОДИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИННОВАЦИОННОГО ПОДХОДА К УПРАВЛЕНИЮ РЕСУРСАМИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕГИОНА.

### *2.1 Методические подходы к формированию стратегии развития здравоохранения в регионе*

Под стратегией развития организации понимается конкретная программа, в соответствии с которой осуществляется ее деятельность для достижения целей организации [36].

Стратегией развития здравоохранения является долгосрочная комплексная программа, совокупность норм и правил, обеспечивающих стабильные медицинские и экономические показатели, нацеленные на достижение качества оказания медицинской помощи населению и эффективное использование ресурсов отрасли.

Основными слагаемыми стратегического развития здравоохранения в современных условиях являются: планирование четких ясных целей развития отрасли, выбор приоритетов, оптимизация инфраструктуры отрасли, финансово-экономической модели здравоохранения, формирование ресурсной и технологической базы, системы качественных и количественных индикаторов, характеризующих результативность и эффективность системы, подготовка нового поколения управленцев и экономистов для отрасли [115, 137].

Концепция стратегического развития здравоохранения Хабаровского края (далее Концепция) определяет предпосылки, приоритеты, принципы, цели, задачи и основные параметры развития отрасли, направлена на повышение качества оказания медицинской помощи населению края.

Предпосылки формирования Концепции можно разделить на экономические и связанные с качеством оказания медицинской помощи населению.

К экономическим предпосылкам следует отнести: сокращение государственных расходов на здравоохранение, дисбаланс программы государственных гарантий оказания населению бесплатной медицинской помощи между объемами медицинской помощи и их финансовым обеспечением; экстенсив-

ное развитие отрасли, ее структурные диспропорции, преобладание дорогостоящих видов госпитальной помощи над амбулаторно-поликлинической помощью; несовершенство системы управления отраслью, преобладание административных методов управления над экономическими методами; низкая эффективность использования финансовых, материальных и трудовых ресурсов; высокий уровень износа основных производственных фондов, в первую очередь их активной части; нарастающий кадровый дефицит, особенно в сельских и отдаленных северных территориях края.

К предпосылкам в части оказания качественной медицинской помощи следует отнести: низкое качество оказания медицинской помощи на всех уровнях ее оказания; отсутствие мотивации у медицинских работников к оказанию качественных медицинских услуг; неудовлетворенность населения организацией и качеством медицинских услуг; распространение теневой системы предоставления медицинских услуг.

В Хабаровском крае все это происходит на фоне отрицательных медико-демографических тенденции в популяции населения края вследствие естественной убыли, формирования регрессирующего типа населения и ухудшения показателей его здоровья.

Основными приоритетами Концепции являются: достижение сбалансированности между объемами государственных гарантий оказания населению бесплатной медицинской помощи и ресурсным обеспечением здравоохранения; структурная перестройка здравоохранения; обновление основных фондов системы здравоохранения края, в первую очередь их активной части; внедрение инновационных экономических механизмов управления отраслью.

Генеральной целью (миссией) предлагаемой Концепции является повышение качества медицинской помощи населению при повышении эффективности использования ресурсов отрасли на основе инновационного пути ее развития.

Целями Концепции являются:

1. Формирование интегрированной многоуровневой целостной структурно-функциональной модели здравоохранения края с учетом уровней организации оказания медицинской помощи населению (первичная медико-

санитарная и специализированная помощь), медико-демографических процессов и ресурсного обеспечения.

2. Разработка инновационных подходов, нацеленных на повышение эффективности экономической модели здравоохранения; а также эффективное использование ресурсов отрасли.

В задачи по реализации Концепции входят:

1. Анализ экономических моделей управления ресурсами здравоохранения в Российской Федерации в историческом аспекте.

2. Определение приоритетных направлений развития здравоохранения края с целью наиболее эффективного использования ресурсов отрасли.

3. Разработка научно-методического инструментария инновационного подхода к управлению ресурсами здравоохранения;

4. Разработка инновационного экономического механизма здравоохранения края, направленного на эффективное использование ресурсов отрасли.

5. Разработка методического инструментария для оценки бюджетной эффективности деятельности учреждений здравоохранения, а также проведения аудита эффективности.

6. Проведение мониторинга за состоянием ресурсной базы учреждений здравоохранения, разработка мероприятий по ее обновлению и эффективному использованию.

В рамках предлагаемых для решения целей и задач нами выделены две фазы развития здравоохранения края и «средневзвешенный» сценарий его развития:

- 1 фаза – структурные изменения здравоохранения (2005-2007 гг.);
- 2 фаза – долгосрочное развитие здравоохранения до 2010 года за счет развития системы стратегического планирования, дополнительного инвестирования в здравоохранение, стимулирование развитие трудовых ресурсов и пр.

«Средневзвешенный» сценарий развития здравоохранения края основан на том, что:

– в здравоохранении края будет развиваться система стратегического планирования, в учреждениях здравоохранения края заработают механизмы

по повышению уровня управления государственной и муниципальной собственностью;

– будет достигнута структурная эффективность здравоохранения, в т.ч. в части расширения объемов оказания амбулаторно-поликлинической помощи населению;

– будет происходить модернизация основных производственных фондов; ежегодно темпы обновления активной части основных производственных фондов составят в пределах 15–20 % их балансовой стоимости;

– показатели фондовооруженности активной части основных производственных фондов будут иметь тенденцию к росту от базовых показателей 2003 г.;

– заработная плата медицинских работников будет зависеть от результатов труда и будет приближаться уровню, сложившемуся в производственном секторе.

Таким образом, важнейшими предпосылками формирования Концепция инновационного развития здравоохранения края являются дисбаланс ТПГГ между объемами оказания бесплатной медицинской помощи и их финансовым обеспечением, высокий уровень износа основных производственных фондов и нарастающий кадровый дефицит. Главной целью Концепции является повышения качества оказания медицинской помощи населению за счет формирования эффективной инфраструктуры здравоохранения, инновационного экономического механизма отрасли, направленные на эффективное использование ресурсов отрасли. Реализация Концепции предлагается через «средневзвешенный» сценарий развития отрасли, предполагающий внедрение в деятельность органов управления и учреждений здравоохранения системы стратегического планирования, достижение структурной эффективности отрасли, формирование инновационного экономического механизма, модернизацию основных производственных фондов, а также повышение эффективности использования ресурсов здравоохранения.

Формирование инновационной системы управления здравоохранением на региональном уровне начинается с анализа внешней и внутренней среды.

Это позволяет, с одной стороны, определить реальный спрос населения на медицинские услуги, дифференцированные по уровням, видам и интенсивности, а, с другой стороны, - сформировать предложение в виде правовой, ресурсной, технологической и информационной базы, а также определить приоритеты развития отрасли [68, 115]. При этом следует исходить из того, что именно спрос населения на медицинские услуги «генерирует» предложение со стороны системы здравоохранения в целом и лечебно-профилактических учреждений в частности. Но именно материально-техническая база здравоохранения, ее правовое, технологическое и информационное обеспечение, а также возможности воспроизводства ресурсов, технологий и пр. обеспечивают решение вопроса по удовлетворению населения в медицинских услугах [68, 114].

Исходя из вышеизложенного, возникает вопрос. Какие следует разработать мероприятия, которые в современных условиях позволят при ограниченных ресурсах (предложении) удовлетворить спрос населения на медицинские услуги?

Важнейшим резервом является формирование оптимальной инфраструктуры здравоохранения. Структура любой системы является важнейшей организационной характеристикой, которая определяет ее устойчивость и стабильность [2, 33]. Структура здравоохранения представляет собой совокупность ее элементов, связанных между собой устойчивыми связями и отношениями [30, 107], благодаря которым образуется единое целое – система здравоохранения.

Таким образом, структура здравоохранения – это организационная характеристика экономической системы, представляющая собой совокупность устойчивых связей и отношений, обеспечивающих стабильность, равновесие и взаимодействие элементов системы [30, 107, 113].

Целью формирования региональной инновационной инфраструктуры здравоохранения является достижение такого взаимодействия между элементами системы здравоохранения, при котором в отрасли формируются ин-

новационные экономические механизмы, которые, с одной стороны, способствуют развитию регионального здравоохранения и эффективному использованию ресурсов, а, с другой стороны, способствуют наибольшему удовлетворению потребностей населения в медицинской помощи и его оздоровлению [68, 127].

Содержанием реструктуризации здравоохранения на уровне региона является:

1. Формирование адекватных целей.
2. Выбор приоритетов.
3. Разработка стратегий реструктуризации и выбор варианта структурирования.
4. Реализации стратегии реструктуризации системы здравоохранения:
  - организационно-правовая (изменение форм собственности учреждений здравоохранения);
  - финансовая (изменение источников финансирования учреждений здравоохранения);
  - производственная (изменение структуры производства, технологий, результатов).
5. Медико-экономический мониторинг. Оценка эффективности стратегии.
6. Принятие управленческих решений.

Процесс реструктуризации здравоохранения можно представить следующим образом (рис. 5):

Из рис. 5 следует, что структура здравоохранения и внутренние факторы производства (управленческие и производственные), определяющие экономический механизм функционирования отрасли, на каком-то этапе развития уже не способны адекватно реагировать на внешние факторы, что и создает предпосылки для структурных инновационных преобразований в здравоохранении.



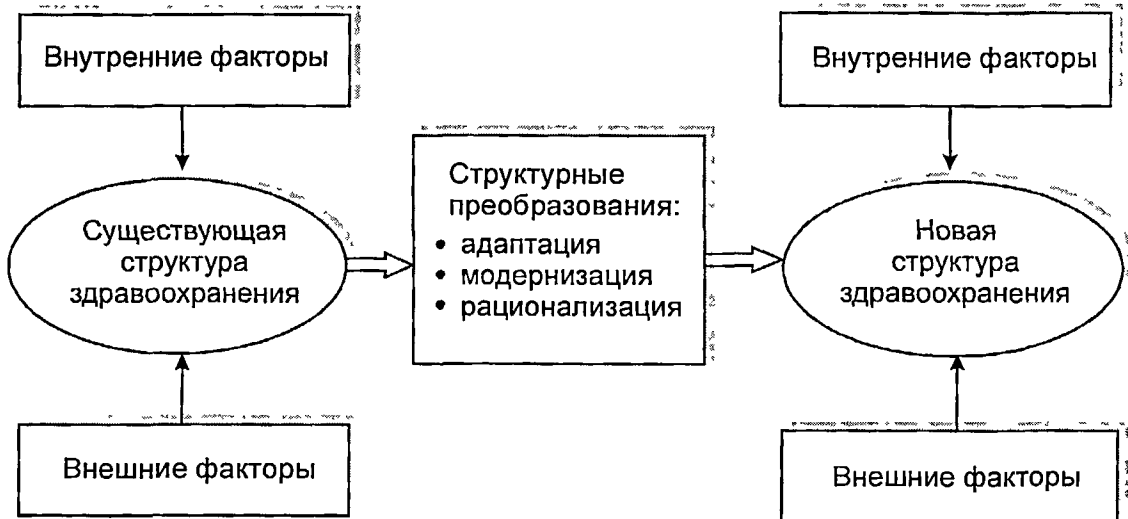


Рисунок 5 – Содержание реструктуризации здравоохранения

Целью структурных инновационных изменений в системе здравоохранения являются структурные преобразования управленческих и производственных факторов производства (рис. 6).



Рисунок 6 – «Дерево целей» структурных преобразований в системе здравоохранения

В свою очередь целью управленческой структуризации является преобразование управленческих факторов производства (функций управления), а целью производственной структуризации является преобразование производственных факторов (ресурсы здравоохранения).

Результатом структурных преобразований является формирование инновационной инфраструктуры здравоохранения, направленной на повышение эффективности использования ресурсов здравоохранения:

К стратегиям структурной перестройки здравоохранения можно отнести:

*Стратегия умеренной реструктуризации здравоохранения.* Данная стратегия является основной принятой Правительством программы государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации медицинской помощью. Программа предусматривает основным направлением реструктуризации здравоохранения уменьшение почти на 20% объема стационарной помощи за счет развития стационарзамещающих видов помощи. Одновременно планируется рост видов расходов государства на амбулаторно-поликлиническую помощь.

*Стратегия глубокой реструктуризации здравоохранения.* Является более радикальным вариантом реструктуризации здравоохранения. Стратегия связана с выводом из системы общественного здравоохранения части финансово необеспеченных или просто излишних мощностей больниц. Данная стратегия проще реализуется в сельской местности за счет закрытия или перепрофилирования ФАПов, амбулаторий и участковых больниц. Однако в ряде территорий с низкой плотностью населения и слабыми транспортными связями реализация подобной стратегии нецелесообразна.

По нашему мнению, проблема реформирования здравоохранения, его инновационного развития достаточно полно структурируется на примере соотношения *спроса и предложения* на медицинские услуги [57, 68, 113].

Спрос на медицинские услуги отражает состояние здоровья населения, определяет виды, объемы и уровни оказания медицинской помощи.

Предложение отражает возможности здравоохранения реагировать на спрос. Здесь определяющими факторами является ресурсная база отрасли.

С позиции соотношения спроса и предложения на медицинские услуги можно выделить следующие стратегии ресурсосбережения в здравоохранении.

*Стратегия сдерживания спроса населения на медицинские услуги* включает в себя соучастие населения в расходах на охрану здоровья (в этой части необходимо принять меры смягчения последствий соучастия в расходах для малообеспеченных слоев населения), вакцинопрофилактику, здоровый образ жизни, здоровое питание, водопотребление, экологическую безопасность и пр.

Все эти мероприятия уменьшают «нагрузку» на систему здравоохранения и, следовательно, снижают объем потребляемых ресурсов. В то же время анализ медико-демографической ситуации позволяет сделать вывод о том, что в ближайшие годы ждать отдачи от реализации стратегии, нацеленной на сдерживание спроса населения на медицинские услуги, мало перспективно. Более того, рост заболеваемости населения, переход заболеваний в хронические формы, увеличение в возрастной структуре населения удельного веса лиц пожилого и старческого возрастов неизбежно в ближайшие годы приведут к росту спроса на медицинские услуги.

Более перспективным является *стратегия сдерживания предложения медицинских услуг*. Данная стратегия включает в себя выбор приоритетов развития здравоохранения, развитие механизма стратегического планирования системы здравоохранения, включая ее структуру, ресурсное и технологическое обеспечение, реструктуризацию медицинского обслуживания, стандартизацию медицинской помощи населению, развитие фармацевтического менеджмента, расширение масштабов регулирования приобретения и использования дорогостоящего медицинского оборудования, изменение формы оплаты труда медицинских работников, как механизма формирования экономических стимулов к проведению реструктуризации и эффективному использованию ресурсов.

Определение приоритетов в здравоохранении имеет первостепенное значение. Однако здесь возникает вопрос. Каков механизм выбора приоритетов в здравоохранении?

В мире существуют различные подходы к определению приоритетов. Так, в Нидерландах для определения приоритетности медицинских услуг используют четыре критерия: потребность общества в определенных медицинских услугах, клиническую результативность, экономическую эффективность, возможность пациентов самим оплачивать медицинские услуги [156]:

В Швеции выбор приоритетов базируется на трех принципах [116]:

*Человеческое достоинство*: все люди обладают равным достоинством и равными правами на медицинскую помощь.

*Потребности и солидарности*: ресурсы следует выделять на удовлетворение самых первоочередных потребностей, и особое внимание следует уделять потребностям тех групп, которые не знают своих прав и которые имеют меньше шансов по сравнению с другими высказать свое мнение или реализовать свои права.

*Эффективность с точки зрения затрат*: предпочтение следует отдавать сбалансированному подходу к затратам и результатам.

К сожалению, в здравоохранении Российской Федерации до настоящего времени отсутствуют единые методические подходы к выбору приоритетов. По нашему мнению, в основе таких расчетов должны лежать показатели, характеризующие качество жизни населения с позиции состояния здоровья, а также медицинская и экономическая эффективность проводимых мероприятий.

В табл. 4 представлены основные направления структурных преобразований в системе здравоохранения региона, соответствующие целям структуризации здравоохранения.

Таблица 4 – Основные направления структурных преобразований в системе здравоохранения региона

№ п/п	Внутренние факторы производства	Направления структурных преобразований	Механизмы структурных преобразований
1	2	3	4
1.	Управленческие:		
1.1.	Планирование	В соответствии с программой государственных гарантий оказания бесплатной меди-	Разработка механизма стратегического планирования системы здравоохранения, включая

Продолжение таблицы 4

1	2	3	4
		цинской помощи планирование структуры здравоохранения на макро- и микроуровнях, видов, объемов и затрат не от мощности учреждений, а от реального спроса населения на медицинские услуги	ее структуру, ресурсное и технологическое обеспечение. Разработка нормативно-правовой базы, определяющей связь между спросом населения на медицинские услуги, а также уровнями, видами, объемами и затратами на медицинскую помощь. Разработка программы развития стационарной, амбулаторно-поликлинической и скорой медицинской помощи. Дальнейшее развитие системы стандартизации. Разработка программы подготовки медицинских кадров, в том числе управленцев здравоохранения
1.2.	Организовывание	Структурная перестройка здравоохранения. Перераспределение объемов оказания медицинской помощи со стационарного на амбулаторно-поликлинический этап. Развитие общеврачебной практики. Развитие стационарзамещающих технологий. Развитие негосударственного сектора здравоохранения	Разработка механизма стратегического планирования системы здравоохранения в части касающейся структуры здравоохранения
1.3.	Мотивирование	Внедрение стимулирующих форм оплаты труда медицинских работников	Разработка отраслевой системы оплаты труда медицинских работников в зависимости от количественных и качественных характеристик (интенсивность, сложность, качество, эффективность)
1.4.	Анализ	Медико-экономический мониторинг за деятельностью учреждений здравоохранения	Разработка механизма экономического анализа и рейтинговой оценки деятельности учреждений здравоохранения. Разработать систему показателей, характеризующих результаты медицинской и экономической деятельности

Окончание таблицы 4

1	2	3	4
2.	Производственные		
2.1.	Материальные	Воспроизводство основных производственных фондов, в том числе их активной части	<p>Разработка программы обновления основных производственных фондов.</p> <p>Разработка таблиц оснащения учреждений здравоохранения медицинским оборудованием.</p> <p>Разработка механизма оценки состояния и эффективности использования основных производственных фондов.</p> <p>Разработка формулярных систем обеспечения населения и учреждений здравоохранения лекарственными средствами.</p> <p>Обновление перечня жизненно важных и необходимых лекарственных средств.</p>
2.2.	Финансовые	Приведение в соответствие программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи населению с финансовыми возможностями регионов	<p>Реализация принципа подушевого финансирования здравоохранения.</p> <p>Составление фиксированных бюджетов и установления тарифов на медицинские услуги.</p> <p>Разработка инвестиционных проектов по привлечению в регионы финансовых ресурсов.</p> <p>Разработка организационно-правовых механизмов привлечения внебюджетных средств, в том числе за счет негосударственного сектора здравоохранения и соучастия населения в расходах на здравоохранение.</p> <p>Разработка и внедрение механизма финансовой аренды (лизинга)</p>
2.3.	Трудовые	Оценка эффективности использования медицинского персонала в учреждениях здравоохранения	Разработка механизма оценки эффективности использования медицинского персонала в учреждениях здравоохранения
2.4.	Информационные	Повысить эффективность использования информационных ресурсов	<p>Создание центра стратегического планирования на базе органов управления здравоохранением региона.</p> <p>Создание информационно-аналитического центра на базе органов управления здравоохранением региона.</p> <p>Разработка и внедрение единых программных продуктов, а также системы электронного документооборота</p>

Исходя из вышеизложенного, можно говорить как о структуре целого, так и о структуре его составных частей, т.е. макро- и микроструктуре здравоохранения. Региональная модель здравоохранения входит в целостную макроструктуру административно-территориального образования и характеризуется наличием таких элементов, как:

1. Потребность населения в видах и объемах медицинской помощи.
2. Организационная структура системы здравоохранения.
3. Уровни элементов макроструктуры (регион, город, район).
4. Субъекты и объекты управления.
5. Структура управления.
6. Ресурсы.
7. Технологии.
8. Медицинские, социальные и экономические результаты.
9. Нормативы и стандарты.
10. Внешние и внутренние связи.

Все вышеуказанные составные части стратегии развития здравоохранения определяют инновационную привлекательность отрасли, как важнейшее условие ее дальнейшего развития и внедрения рыночных механизмов.

## ***2.2. Методология планирования и прогнозирования объемов медицинской помощи и уровня затрат при формировании региональной программы оказания населению медицинской помощи***

Планирование деятельности учреждений здравоохранения в Российской Федерации осуществляется в рамках Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи [95, 89].

Программа включает в себя перечень видов медицинской помощи; предоставляемых населению бесплатно, базовую программу обязательного медицинского страхования; нормативы объемов медицинской помощи; порядок формирования подушевых нормативов финансирования здравоохранения, финансовые нормативы на единицу объема медицинской помощи.

Программа определяет минимальные социальные нормативы оказания бесплатной медицинской помощи населению:

Объемы стационарной помощи определяются количеством койко-дней на 1000 человек: норматив объема стационарной помощи составляет 2812,5 койко-дня, в том числе по базовой программе обязательного медицинского страхования – 1942,5 койко-дня.

Объемы амбулаторно-поликлинической помощи определяются количеством посещений на 1000 человек: норматив объема амбулаторной помощи составляет 9198 посещений, в том числе по базовой программе обязательного медицинского страхования – 8458 посещений.

Объемы скорой медицинской помощи определяются количеством вызовов на 1000 человек: норматив вызовов составляет 318 вызовов.

Основным недостатком программы является тот факт, что планируемые объемы медицинской помощи определяются численностью населения и не зависят от показателей здоровья населения и не отражают реальный спрос населения на медицинские услуги.

По сути своей ТПГГ представляет собой элемент финансовой модели бюджетирования в части ее индикативного планирования. Центральным понятием индикативного планирования является индикатор, под которым понимается интегральный показатель, количество определяющий качественные характеристики процесса.

В Хабаровском крае медицинская помощь населению оказывается в соответствии с ежегодно принимаемыми постановлениями Губернатора края «Об оказании медицинской помощи населению Хабаровского края». Постановления определяют виды и объемы медицинской помощи, оказываемые за счет бюджетов всех уровней и средств фонда обязательного медицинского страхования, финансовые нормативы, а также порядок и условия оказания медицинской помощи населению.

Механизмом реализации ТПГГ является государственный (муниципальный) заказ-задание на предоставление медицинских услуг, представляющий собой комплексный план, содержащий объемные и финансовые показатели деятельности учреждений здравоохранения на очередной год [141].



В табл. 5 и 6 представлены объемы оказания медицинской помощи населению Хабаровского края за период с 2000 по 2004 гг.

Таблица 5 – Объемы оказания медицинской помощи населению Хабаровского края за период с 2000 по 2004 гг.

Виды медицинской помощи	Годы					
	2000	2001	2002	2003	2004	2004 г. в % к 2000 г.
Стационарная (пролечено больных)	324743	336598	339969	343850	356947	109,9
Стационарная (койко-дней)	4984531	5134148	5023281	4923448	4988759	100,0
Амбулаторная (посещения)	16092119	15957600	15364244	1490703	14802868	91,9
Скорая медицинская помощь (вызова)	635669	593770	620841	619770	610711	96,1

Таблица 6 – Объемы оказания медицинской помощи населению Хабаровского края за период с 2000 по 2004 гг. (на 1000 населения):

Виды медицинской помощи	Годы					
	2000	2001	2002	2003	2004	2004 г. в % к 2000 г.
Стационарная (пролечено больных)	216	225	229	240	250	115,7
Стационарная (койко-дней)	3308	3432	3380	3432	3496	105,7
Амбулаторная (посещения)	10681	10668	10340	10391	10373	97,2
Скорая медицинская помощь (вызова)	422	397	418	432	428	101,4

Из табл. 5 следует, что в период с 2000 по 2004 гг. произошел рост объемов стационарной помощи за счет увеличения численности пролеченных больных почти на 10% при одновременном уменьшении объемов амбулаторно-поликлинической (на 8,1%) и скорой медицинской помощи (на 5,9%):

Анализ стандартизованных показателей (на 1000 населения) видов медицинской помощи за 2000-2004 гг. так же показал значительный рост объемов стационарной помощи при одновременном уменьшении объемов амбулаторно-поликлинической помощи населению.

Указанные тенденции противоречат Концепции развития здравоохранения Российской Федерации и объясняются следующими факторами:

Низкими тарифами на медицинские услуги, ежегодно утверждаемые Краевым комитетом по тарификации медицинских услуг, что не позволяет в полном объеме восполнять затраты лечебно-профилактических учреждений на производственную деятельность. Это «мотивирует» учреждения здравоохранения увеличивать объемы дорогостоящей госпитальной медицинской помощи по принципу: «Чем больше госпитализированных больных, тем больше объем финансирования».

Снижением доступности медицинской помощи для населения вследствие дефицита кадров на этапе первичной медико-санитарной помощи и централизации квалифицированной медицинской помощи в крупных населенных пунктах.

Появлением нового для Российской Федерации феномена – «профессионального имиджа» [133]. Это привело к тому, что экономически активное население для поддержания перед работодателем определенного профессионального имиджа сократило обращаемость за медицинской помощью: Подтверждением тому является тот факт, что в Хабаровском крае в период с 1998 по 2003 гг. заболеваемость населения с временной утратой трудоспособности уменьшилась с 77,9 случаев на 100 работающих до 54,1 (снижение на 30,6%).

Формированием негосударственного сектора здравоохранения. Учреждения, работающие в данном секторе, не ведут государственную форму отчетности по регистрации заболеваний, что приводит к уменьшению числа случаев заболеваний населения.

Для разработки прогноза развития спроса населения Хабаровского края на медицинские услуги до 2010 года нами изучена динамика общей численности населения Хабаровского края до 2010 года, а также динамика объемов оказания стационарной, амбулаторно-поликлинической и скорой медицинской помощи [66; 68].

С целью изучения динамики общей численности населения края до 2010 года выбрано линейное уравнение регрессии [149]:

$$\hat{Y}_t = a + b \cdot t, \quad (1)$$

где  $\hat{Y}_t$  – общая численность населения в году  $t$ ;  
 $a, b$  – коэффициенты уравнения регрессии.

В результате расчетов получено уравнение регрессии:

$$\hat{Y}_t = 1635,531 - 14,085 \cdot t.$$

Характеристики данного уравнения (коэффициент детерминации  $R^2 = 0,995$ ; стандартная ошибка  $S = 3,56$ ; критерий Фишера  $F = 1723,35$  при уровне значимости  $1,36 \cdot 10^{-11}$ ) показывают, что оно адекватно отражает фактическое изменение общей численности населения края. Отклонение расчетных данных от фактических составляет не более 0,4% от общей численности населения края (табл. 7).

Таблица 7 – Прогноз динамики общей численности населения Хабаровского края до 2010 года

Год	$t$	Общая численность населения, тыс. чел.	Расчетные значения общей численности населения по уравнению (1)	Отклонения (3)-(4)	(5)/(3) относительная ошибка
1992	1	1623,1	1621,4	1,7	0,1%
1993	2	1610,2	1607,4	2,8	0,2%
1994	3	1597,4	1593,3	4,1	0,3%
1995	4	1577,3	1579,2	-1,9	-0,1%
1996	5	1560,3	1565,1	-4,8	-0,3%
1997	6	1546,3	1551,0	-4,7	-0,3%
1998	7	1535,0	1536,9	-1,9	-0,1%
1999	8	1523,3	1522,8	0,5	0,0%
2000	9	1506,6	1508,8	-2,2	-0,1%
2001	10	1495,9	1494,7	1,2	0,1%
2002	11	1485,8	1480,6	5,2	0,4%
Линейная регрессия					
$Y = 1635,5309 - 14,085 \cdot t$					
Прогноз по уравнению					
2003	12		1466,5		
2004	13		1452,4		
2005	14		1438,3		
2006	15		1424,2		
2007	16		1410,2		
2008	17		1396,1		
2009	18		1382,0		
2010	19		1367,9		

Примечание: столь длительные прогнозы обычно не делаются. Мы сделали точечный прогноз, а чем он длительней, тем шире «коридор» разброса от полученной точки.

Из табл. 7 следует, что тенденция снижения численности населения в Хабаровском крае носит устойчивый характер. Прогнозные расчеты показывают, что при сохранении сложившейся тенденции к 2010 г. население края может уменьшиться до 1367,9 тыс. человек, что составит 92 % от численности населения в 2002 году или 84% от численности населения в 1992 г.

В табл. 8 представлен прогноз формирования объемов оказания медицинской помощи населению Хабаровского края за период с 2002 по 2010 гг.

Таблица 8 – Прогноз формирования объемов оказания медицинской помощи населению Хабаровского края на период с 2002 по 2010 гг. (на 1000 населения)

Виды медицинской помощи	Годы				
	2002	2004	2006	2008	2010
Численность населения (в тыс. чел.)	1485,8	1452,4	1424,2	1396,1	1367,9
Стационарная (койко-дней)	4178813	4084875	4005563	3926531	3847219
Амбулаторная (посещения)	13666388	13359175	13099792	12841328	12819442
Скорая медицинская помощь (вызова)	472484	461863	452896	443960	434992

Из табл. 8 следует, что в Хабаровском крае в период с 2002 по 2010 годы вследствие снижения общей численности населения произойдет и уменьшение объемов оказания медицинской помощи (при условии сохранения существующих социальных нормативов в рамках Территориальной программы государственных гарантий оказания населению бесплатной медицинской помощи). При этом объемы оказания стационарной помощи уменьшатся в 2010 году по сравнению с 2002 годом на 8 %, а по сравнению с 1992 годом – на 26 %; амбулаторно-поликлинической помощи – соответственно на 6 и 20 %; скорой медицинской помощи – на 8 и 32 %.

Другой составляющей частью Программы государственных гарантий оказания населению бесплатной медицинской помощи является ее финансовое обеспечение. В настоящее время финансовые ресурсы, выделяемые на здравоохранение края, не позволяют в полном объеме обеспечить население бесплатной медицинской помощью. Стоимость медицинских услуг определяется по средневзвешенным тарифам, которые рассчитываются путем деле-

ния средств, направляемых на здравоохранение, на предполагаемое количество услуг (пролеченный больной, посещение, вызов). Такая финансовая политика не позволяет, с одной стороны, в полном объеме обеспечить качество оказываемых медицинских услуг, а с другой стороны – в полном объеме возместить расходы учреждений здравоохранения на медицинскую деятельность, что в свою очередь способствует росту соплатежей населения, а также создает условия для развития «теневого» рынка медицинских услуг [68].

В этой связи предлагаемую нами инновационную финансовую модель здравоохранения региона можно представить в виде следующей формулы:

$$R_f = \sum_{i=1}^k \sum_{j=1}^W T_{ij} \cdot N_{ij} \cdot k \quad (2)$$

где:  $R_f$  – затраты на здравоохранения (консолидированный бюджет и средства ОМС);

$T_{ij}$  – финансовые нормативы на единицу объема медицинской помощи в Хабаровском крае;

$i = 1, 2, \dots, k$  – виды услуг (пролеченный больной, посещение, вызов);

$j = 1, 2, \dots, W$  – уровень оказания услуг (клинический, городской, районный);

$N_{ij}$  – количество услуг;

$k = 1,035$  (индекс заболеваемости) – средне сложившийся показатель за 2000–2004 годы, рассчитывается как отношение показателя общей заболеваемости населения в территории к показателю общей заболеваемости по Российской Федерации.

Инновационная финансовая модель здравоохранения, представленная в формуле 2, отражает расходы на здравоохранение в зависимости от видов оказанных услуг (пролеченный больной, посещение, вызов); уровня оказания услуг (клинический, городской, районный); финансовых нормативов на единицу объема медицинской помощи и количества оказанных услуг. При этом учитывается территориальный коэффициент заболеваемости. Такой подход является основой для расчета стоимости ТПГГ.

Однако мы отдаем предпочтение расчету ТПГГ на основе стандартов оказания медицинской помощи, под которыми понимается определенная совокупность диагностических и лечебных мероприятий, отражающих достижение науки и практики, имеющих стоимостное выражение, в сочетании с оценкой эффективности медицинской помощи на основе объективных критериев.

В рамках реализации ТПГГ стандарты – это нормативный правовой акт, это минимальный социальный норматив, гарантирующий населению четко регламентированный объем бесплатной медицинской помощи соответствующего уровня, это медицинская технология, это финансовый инструмент, это инструмент контроля качества медицинской помощи, это и механизм привлечения инвестиций в здравоохранение, покрытия его дефицита.

В этом случае расчет затрат на здравоохранение будет выглядеть следующим образом:

$$R_{\text{смп}} = \sum_{k=1}^K S_k \cdot N_k \cdot k \quad (3)$$

где  $R_{\text{смп}}$  – затраты на здравоохранение, рассчитываемые через стоимость стандартов медицинской помощи;

$k = 1, 2, \dots, K$  – номер стандарта медицинской помощи;

$S_k$  – стоимость стандартов медицинской помощи;

$N_k$  – стандартов медицинской помощи  $k$ -го вида.

Таким образом, предлагаемая инновационная финансовая модель здравоохранения позволяет привести в соответствие объемы оказанной медицинской помощи и их финансовое обеспечение. В настоящее время в министерстве здравоохранения Хабаровского края проводится плановая работа по разработке введению в деятельность учреждений здравоохранения края стандартов медицинской помощи. Разработка стандартов осуществляется на основании приказов министерства здравоохранения края от 15.09.05 г. № 254, утвердившего порядок составления и ведения стандартов медицинской помощи» и от 15.09.05 г. № 255, объявившего Номенклатуру работ и услуг в здравоохранении, утвержденную 12.07.04 г. заместителем министра здравоохранения и социального развития РФ В.И. Стародубовым.

Кроме того, в соответствии с решением коллегии министерства здравоохранения края от 29.03.06 г. № 2 «Об итогах работы учреждений здравоохранения Хабаровского края в 2005 году и задачах на 2006 год» принято решение о переводе учреждений здравоохранения края с 01.01.07 г. на финансирование по стандартам оказания медицинской помощи на условиях полного тарифа (условно переменные расходы + условно постоянные расходы).

### ***2.3. Комплексный подход к эффективному управлению ресурсами здравоохранения на региональном уровне***

В системе комплексного экономического анализа финансово-хозяйственной деятельности учреждений здравоохранения большое место занимает рейтинговая оценка, представляющая собой обобщающий вывод о результативности и эффективности деятельности как системы здравоохранения в целом (край, муниципальное образование), так и отдельных учреждений здравоохранения и их подразделений.

Оценку результативности и эффективности элементов системы здравоохранения следует проводить по нескольким уровням:

1. Уровень субъекта Федерации.
2. Уровень муниципального образования.
3. Уровень учреждения здравоохранения, его отделений, подразделений и отдельных специалистов.
4. Для каждого уровня разрабатывается система количественных и качественных показателей по следующим направлениям:
  5. Клиническая эффективность.
  6. Экономическая эффективность.
  7. Социальная эффективность.
  8. Показатели, отражающие дефекты деятельности.

Составными этапами методики комплексной рейтинговой оценки являются:

1. Сбор и анализ исходной информации о деятельности учреждений здравоохранения за оцениваемый период времени.
2. Обоснование системы целевых показателей для рейтинговой оценки, их классификация, расчет итогового показателя рейтинговой оценки.
3. Ранжирование учреждений здравоохранения по рейтингу.
4. Итоговая рейтинговая оценка учреждений здравоохранения учитывает все важнейшие показатели их хозяйственно-финансовой деятельности. Выбор и обоснование исходных показателей деятельности учреждений здра-

воохранения исходит из целей оценки и потребностей субъектов управления в аналитической оценке.

Иерархию моделей конечных результатов (МКР) деятельности системы здравоохранения и учреждений здравоохранения можно представить следующим образом (рис. 7).

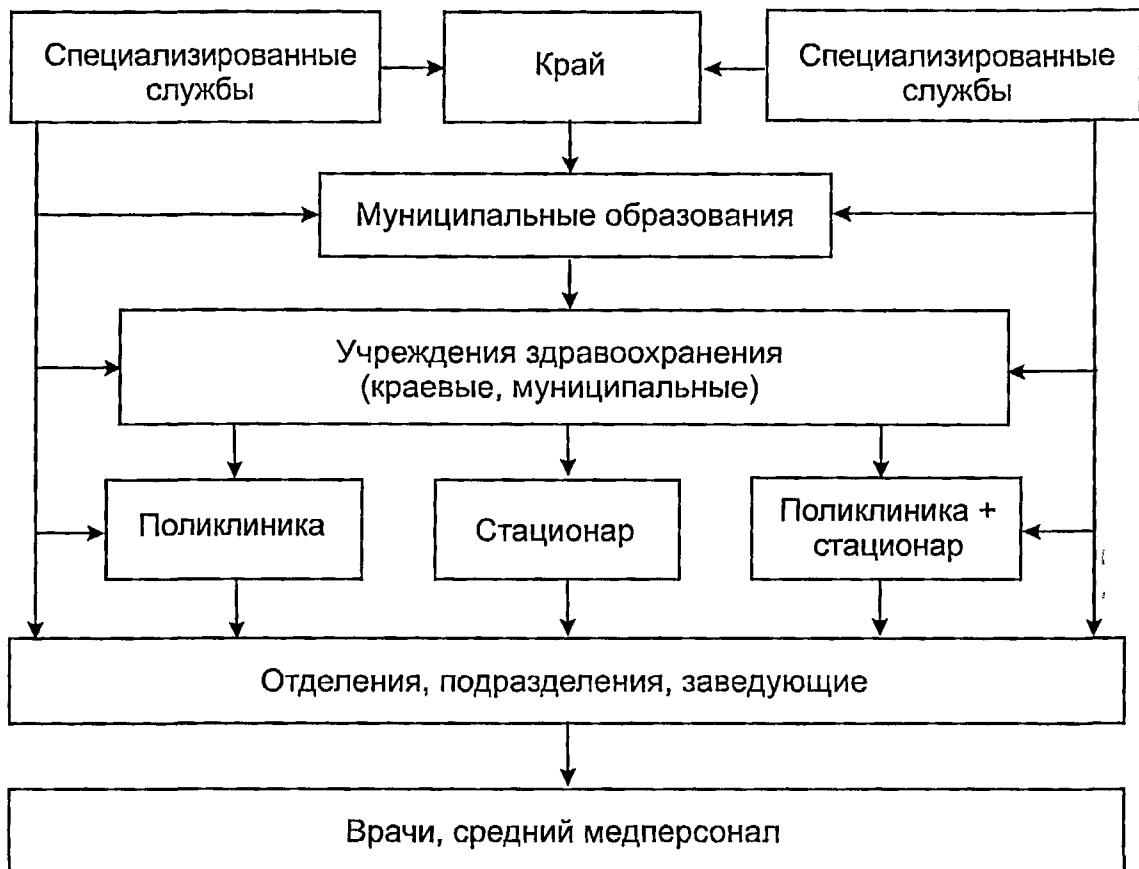


Рисунок 7 – Иерархия моделей конечных результатов деятельности системы здравоохранения и учреждений здравоохранения

Предлагается следующая классификация показателей для рейтинговой оценки системы здравоохранения и учреждений здравоохранения:

1. Показатели, характеризующие выполнение государственного (муниципального) плана-задания по оказанию населению бесплатной медицинской помощи (объемы помощи).

2. Показатели, характеризующие выполнение государственного (муниципального) плана-задания по оказанию населению бесплатной медицинской помощи (финансирование программы).



3. Показатели результативности медицинской и экономической деятельности.

4. Показатели эффективности использования трудовых и финансовых ресурсов.

5. Показатели удовлетворенности населения медицинской помощью.

6. Дефекты медицинской деятельности.

Оценка удовлетворенности качеством медицинской помощи устанавливается либо путем анкетирования населения, проживающего на территории обслуживания, либо путем анкетирования пациентов в учреждениях здравоохранения.

В иерархии МКР для оценки деятельности системы здравоохранения на уровне субъекта Федерации или муниципального образования предлагаются следующие блоки показателей:

1. Показатели, характеризующие выполнение плана-задания по оказанию населению бесплатной медицинской помощи (объемы помощи и финансирование Программы государственных гарантий).

2. Показатели результативности медицинской деятельности.

3. Показатели удовлетворенности населения медицинской помощью.

4. Дефекты медицинской деятельности.

В иерархии МКР для оценки деятельности учреждений здравоохранения предлагаются следующие блоки показателей:

1. Показатели, характеризующие выполнение плана-задания по оказанию населению бесплатной медицинской помощи (объемы помощи и финансирование учреждений здравоохранения).

2. Показатели результативности медицинской и экономической деятельности.

3. Показатели эффективности использования трудовых и финансовых ресурсов.

4. Показатели удовлетворенности населения медицинской помощью.

5. Дефекты медицинской деятельности.

Определения рейтинга системы здравоохранения или учреждения здравоохранения происходит на основе интегральной оценки показателей (табл. 9).

Таблица 9 – Модель конечных результатов для рейтинговой оценки деятельности системы здравоохранения субъекта Федерации или муниципального образования.

№ п/п	Критерии	Показатели		K <sub>c</sub>	O=(1-K <sub>c</sub> )	Баллы (B)
		план	факт			
1	2	3	4	5	6	7
<i>Оценка выполнения государственного (муниципального) плана-задания по оказанию населению Хабаровского края бесплатной медицинской помощи (объемы помощи)</i>						
1.	Стационарная помощь (к-дн. на 1 чел в год)					
2.	Амбулаторно-поликлиническая помощь (посещений на 1 чел в год)					
3.	Дневные стационары (пациенто-дн. на 1 чел в год)					
4.	Скорая медицинская помощь (число вызовов на 1 чел.)					
5.	Квоты в федеральных учреждениях (пролечено больных)					
<i>Оценка выполнения государственного (муниципального) плана-задания по оказанию населению Хабаровского края бесплатной медицинской помощи (финансирование)</i>						
6.	Финансирование (млн. руб.), в том числе:					
7.	За счет средств бюджета (млн руб.), в том числе:					
7.1.	– федерального					
7.2.	– краевого					
7.3.	– муниципального					
8.	За счет средств ОМС (млн. руб.)					
9.	За счет предпринимательской деятельности (млн. руб.)					
10.	Подушевое финансирование (руб.)					
<i>Показатели результативности медицинской деятельности</i>						
11.	Младенческая смертность (на 1000 живорожденных.)					
12.	Перинатальная смертность (на 1000 родов)					
13.	Смертность населения в трудоспособном возрасте (на 100 тыс. нас. В трудоспособном возрасте)					
14.	Первичный выход на инвалидность всего населения (на 10 тыс. нас.)					
15.	Первичный выход на инвалидность детского населения (на 10 тыс. нас.)					
16.	Охват периодическими осмотрами (в %)					
17.	Охват профилактическими осмотрами (в %)					

Окончание таблицы 9

1	2	3	4	5	6	7
18.	Охват профилактическими прививками (в %)					
19.	Удельный вес посещений в поликлинику с профилактической целью (в %)					
20.	Охват диспансерным наблюдением работающего населения в возрасте 35-55 лет (в %)					
21.	Удельный вес лиц, достигших целевого значения артериального давления (в %)					
22.	Удельный вес больных СД, достигших уровня гликозилированного гемоглобина не более 7,6%					
23.	Прерывание беременности (на 1000 женщин 15-49 лет)					
24.	Заболеваемость вирусным гепатитом (А+В+С) (на 100 тыс. нас.)					
25.	Заболеваемость сифилисом (на 100 тыс. нас.)					
				<i>R</i>	$\Sigma O$	$\Sigma B$

Рассмотрим пример расчета рейтинговой оценки деятельности системы здравоохранения субъекта Федерации или муниципального образования. Расчет проводится в несколько этапов:

1. На первом этапе утверждаются целевые или плановые показатели деятельности (графа 3).

2. На втором этапе оценивается фактическое исполнение плановых показателей (план-фактный анализ) с расчетом коэффициента соответствия по формуле:

$$K_c = \frac{P_{\phi}}{P_n}, \quad (4)$$

где  $K_c$  – коэффициент соответствия (графа 5);

$P_{\phi}$  – показатель фактический (графа 4);

$P_n$  – показатель плановый (графа 3).

3. На третьем этапе определяется величина отклонения по формуле (графа 6):

$$O = 1 - K_c, \quad (5)$$

4. На четвертом этапе по графе 6 определяется сумма отклонений ( $\Sigma O$ ).
5. На пятом этапе по графе 7 определяются баллы, величина которых соответствует уровню отклонения фактического показателя от планового.
6. На шестом этапе по графе 7 определяется сумма баллов ( $\Sigma B$ ):
7. На седьмом этапе определяется рейтинг учреждения по формуле:

$$R = \frac{\Sigma O}{\Sigma B}, \quad (6)$$

где  $R$  – рейтинг учреждения.

8. На восьмом этапе проводится ранжирование территорий либо учреждений здравоохранения в соответствии с полученным рейтингом.

9. На девятом этапе проводится анализ эффективности деятельности территорий либо учреждений здравоохранения, определяются риски и принимаются управленческие решения по предупреждению рисков.

Инновационное развитие здравоохранения направлено на эффективное использование существующей ресурсной базы. Эффективность в системе здравоохранения оценивается как на макроэкономическом уровне (территории страны и территории субъекта Российской Федерации), так и на микроуровне (конкретное лечебно-профилактическое учреждение) [140].

На макроэкономическом уровне необходимо оценивать реализацию ТШГ, показатели здоровья населения и др.

На микроуровне большую значимость приобретают критерии медицинского и социального эффекта, такие как доступность, качество медицинской помощи, эффективность использования имеющихся ресурсов и др.

Под экономической эффективностью на уровне здравоохранения края понимается соотношение объема валового внутреннего (регионального) продукта, произведенного вследствие предотвращения заболеваемости с временной утратой трудоспособности, стойкой потерей трудоспособности (инвалидность) и преждевременной смертности, к затратам на здравоохранение [68].

С этой точки зрения проблема экономической эффективности здравоохранения может рассматриваться с двух позиций. Во-первых, влияние здравоохранения на развитие общественного производства и повышение его эффективности. Во-вторых, повышение экономической эффективности использования ресурсов в самом здравоохранении.

Совокупные экономические потери общества, связанные со здоровьем человека, определяются как сумма прямых затрат и косвенных потерь, связанных со здоровьем человека (рис. 8).



Рисунок 8 – Совокупные экономические потери общества, обусловленные утратой здоровья и трудоспособности населения

Прямые затраты общества на здравоохранение включают в себя расходы на оказание стационарной и амбулаторно-поликлинической помощи (средства бюджета, фонда ОМС и доходы от платных услуг), а также расходы на социальное страхование и социальную защиту населения.

В этой части экономическая функция здравоохранения заключается в приоритете амбулаторно-поликлинической помощи, профилактике заболеваний, внедрении стационарзамещающих технологий лечения больных и пр.

Косвенные экономические потери общества определяются величиной недопроизведенного внутреннего валового (регионального) продукта за счет того, что человек выбыл из производства вследствие заболеваемости с временной нетрудоспособностью, инвалидности и преждевременной смертности.

В этой части экономическая функция здравоохранения заключается в предотвращенных случаях заболевания с временной нетрудоспособностью, инвалидности и преждевременной смертности, а также в увеличении средней продолжительности жизни населения, особенно в трудоспособном возрасте.

Совокупные экономические потери общества, связанные с утратой здоровья человека, определяются нами по следующей формуле:

$$U = U_1 + U_2, \quad (7)$$

где  $U$  – совокупный экономический ущерб;

$U_1$  – прямые экономические затраты;

$U_2$  – косвенные экономические потери.

Расчет экономической эффективности здравоохранения может быть представлен следующей формулой:

$$KE_{ef} = \frac{VPR}{U_1}, \quad (8)$$

где  $KE_{ef}$  – коэффициент экономической эффективности здравоохранения;

$VPR$  – объем валового регионального продукта (в руб.), произведенного за счет сохраненной трудоспособности населения.

Коэффициент, превышающий единицу, свидетельствует о высокой экономической эффективности здравоохранения и наоборот.

Последовательность действий при расчете экономической эффективности здравоохранения на уровне субъекта или муниципального образования:

1. Определяются прямые затраты на здравоохранение: средства бюджета + средства ХКФОМС + платные услуги + средства фонда социального страхования на выплату больничных листов в случае заболеваний с временной утратой трудоспособности + средства департамента социальной защиты населения на выплату пенсий по инвалидности.

2. Определяется численность лиц трудоспособного возраста; вернувшихся после случаев заболевания на производство: число случаев заболевания с временной утратой трудоспособности – число случаев стойкой утраты трудоспособности (инвалидности) – число лиц, умерших в трудоспособном возрасте.

3. Определяется объем валового регионального продукта, произведенного одним занятым на производстве человеком в год.

4. Определяется объем валового регионального продукта, который способны произвести лица, вернувшиеся после выздоровления на производство.

5. Рассчитывается отношение между объемом валового регионального продукта, произведенного лицами, которые вернулись после выздоровления на производство, к затратам на здравоохранение.

Исходные данные:

1. Объем валового регионального продукта.

2. Численность экономически активного населения, занятого в производстве.

3. Общее количество дней временной нетрудоспособности, обусловленной заболеваемостью населения (данные фонда социального страхования).

4. Средняя продолжительность одного случая заболевания с временной нетрудоспособностью.

5. Стоимость одного дня заболевания с временной утратой трудоспособности (данные фонда социального страхования).

6. Среднегодовая численность лиц трудоспособного возраста, впервые получившие в отчетном году 1, 2 и 3 группу инвалидности.

7. Средний размер пенсии по инвалидности.

8. Средний возраст инвалидов трудоспособного возраста (мужчины, женщины).

9. Число лиц, умерших в трудоспособном возрасте (мужского пола; женского пола).

10. Средний возраст лиц, умерших в трудоспособном возрасте (мужчины; женщины).

Практика последних лет административно-хозяйственного реформирования в Российской Федерации и опыт развитых стран свидетельствуют о том, что без эффективного государственного финансового контроля не может быть действенной социально-экономической политики. При этом международный опыт государственного финансового контроля в сфере здравоохранения показывает, что его наибольшая результативность достигается путем широкого внедрения в практику контрольной деятельности аудита эффективности или аудита результативности

тивности или аудита результативности (*performance audit*) использования государственных ресурсов [81].

Аудит эффективности – новая для России форма проверки расходования бюджета, но в развитых странах она уже широко используется. Главная задача аудита – определение социального результата бюджетных инвестиций и подготовка рекомендаций, направленных на совершенствование деятельности властных структур, бюджетной политики и регулирующих ее правовых норм. Для России, начавшей административную реформу всей вертикали власти, очень важно, чтобы финансовые контрольные органы отслеживали не только законность и целесообразность бюджетных расходов, но и оценивали их эффективность. Сегодня все более необходим аудит, отвечающий на вопрос, как государству исполнять свои функции лучше.

Проводимая в настоящее время реформа бюджетного процесса предполагает повышение ответственности и предоставление самостоятельности его участникам и администраторам бюджетных средств. Внедряется, так называемое, бюджетирование, ориентированное на результат. Администраторы бюджетных средств при этом смогут проявлять более творческий подход в использовании бюджетных ресурсов для предоставления общественных благ. Перед ними необходимо четко ставить задачу и разрабатывать критерии, которые позволили бы констатировать, удалось ли руководителю достичь целей организации, экономя средства, либо удалось достичь лучших целей, используя все выделенные средства. Допускается, что при этом финансовый распорядитель будет создавать в организации механизмы внутреннего контроля. В этом случае внешние аудиторы впоследствии проверяли бы, в том числе, и надежность работы такого механизма, а также давали рекомендации по его совершенствованию.

Аудит эффективности, включает в себя проверку следующих аспектов:

– экономичность (*economy*) – достижение заданных результатов с использованием наименьшего объема бюджетных средств или наилучшего результата с использованием заданного объема бюджетных средств;

– эффективность (*efficiency*) – соотношение между выпуском продукции, объемом оказанных услуг и другими результатами деятельности и за-



траченными на получение этих результатов материальными, финансовыми, трудовыми и другими ресурсами;

– результативность (*effectiveness*) – степень соответствия фактических результатов деятельности запланированным результатам.

Разработка и внедрение методики проведения аудита эффективности использования ресурсов в деятельность учреждений здравоохранения позволяет:

– сформулировать единые принципы и подходы к планированию, организации и проведению аудита эффективности использования ресурсов здравоохранения на оказание гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи органами исполнительной власти всех уровней в сфере здравоохранения, территориальными фондами обязательного медицинского страхования, государственными и муниципальными учреждениями здравоохранения, страховыми медицинскими организациями, работающими в системе обязательного медицинского страхования;

– сформировать единую методологическую базу для осуществления аудита эффективности использования ресурсов в системе здравоохранения, установить единые критерии выполнения конституционных норм оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи;

– оценивать результаты деятельности органов исполнительной власти всех уровней в сфере здравоохранения и медицинских учреждений, использующих государственные средства, при выполнении ими функций по достижению поставленных целей;

– предоставлять объективную информацию по проблемам, связанным с оценкой качества гарантируемой населению бесплатной медицинской помощи по системе критериев и показателей, характеризующих медицинский и социальный эффект, а также необходимые финансовые расходы для достижения экономической эффективности здравоохранения.

Более подробная информация по изучаемой проблеме отражена в разработанной автором диссертационного исследования методиках:

– методика интегральной оценки деятельности системы здравоохранения и учреждений здравоохранения [67];

– методика проведения аудита эффективности использования ресурсов в учреждениях здравоохранения на уровне субъекта Федерации [58].

### ГЛАВА 3. ИННОВАЦИОННЫЙ ПОДХОД К УПРАВЛЕНИЮ РЕСУРСАМИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ХАБАРОВСКОГО КРАЯ

#### *3.1. Анализ состояния здоровья населения Хабаровского края за 1994-2004 годы*

Хабаровский край занимает центральную часть Российского Дальнего Востока, является одним из крупнейших по размерам административно-территориальных образований Российской Федерации. Его площадь составляет 788,6 тыс. квадратных километров (4,6% территории России). На долю Хабаровского края приходится 12,7% всей территории Дальневосточного федерального округа и 21,5% его численности. Плотность населения края на 1 января 2005 года составила в пределах 1,8 человека на 1 кв. км, что в 1,6 раза выше, чем в Дальневосточном федеральном округе и в 4,7 раза ниже, чем по России в целом. Население размещено по территории края неравномерно; о чем и свидетельствует показатель плотности населения, который изменяется от 0,02 до 1447,6 человека на 1 кв. км.

Оценка современного состояния здоровья населения края свидетельствует о сохраняющихся неблагоприятных медико-демографических тенденциях [25, 48]. Существенное влияние на эти процессы продолжают оказывать трудности проводимых в России экономических преобразований, значительная дифференциация денежных доходов населения, что не могло не отразиться на здоровье населения за счет затяжного психоэмоционального стресса, уменьшения расходов населения на укрепление здоровья (правильное питание, спорт и пр.), а также доступности медицинской помощи [14, 29, 123].

Современная демографическая ситуация в Хабаровском крае характеризуется следующими основными тенденциями: естественной убылью населения за счет превышения смертности над рождаемостью; постарением населения, сокращением средней ожидаемой продолжительности жизни; ростом насильственных и неестественных причин смерти и пр.

Группировка данных о населении Хабаровского края за период с 1994 по 2004 годы включала в себя такие характеристики, как общая численность

населения, в том числе городское и сельское, а также распределение населения по возрастным группам (табл. 10).

Таблица 10 – Численность и состав населения Хабаровского края (в тыс чел.) на 1 января

Население	1994 г.	1996 г.	1998 г.	2000 г.	2002 г.	2004 г.	2004 г. в % к 1994 г.
всего	1597,4	1560,4	1535,0	1506,6	1485,8	1427,0	89,4
городское	1289,0	1263,7	1240,7	1217,1	1199,5	1148,7	89,1
сельское	308,4	296,7	294,3	289,5	286,3	278,3	90,3

Из табл. 10 следует, что за последнее десятилетие произошло существенное уменьшение численности населения как в целом по краю, так в городской и сельской местности. Если в 1994 году численность населения Хабаровского края составляла 1597,4 тыс. чел., то в 2004 году – 1427,0 тыс. чел. (-170,4 тыс. чел.). Ежегодные темпы снижения численности населения в крае составляют около 0,7 процента, что соответствует таковым темпам по Российской Федерации. В структуре населения края городские жители стабильно составляют в пределах 80 %, а сельские – 20 %.

За последние 10 лет численность детского населения в крае в возрасте от 0 до 14 лет уменьшилась на 42,5 %, при этом численность лиц в возрасте 50 лет и старше увеличилась на 10,5 %. По состоянию на 01.01.2005 года дети в возрасте от 0 до 15 лет составили 15,6 %, лица в возрасте 50 лет и старше – 26,9 %. В общей структуре населения лица пенсионного возраста составили в пределах 25,6 %. Если в 1994 году численность занятого населения в экономике, приходящегося на одного пенсионера, составляла 2,7 человека, то в 2004 году – уже 2,14 человек.

Важнейшими показателями, характеризующими состояние здоровья населения, являются рождаемость и смертность (рис. 9).

Из рис. 9 следует, что в период с 1994 по 2004 годы в Хабаровском крае произошло увеличение показателя рождаемости на 14% – с 9,9 до 11,3 на 1000 населения (в РФ в 2003 году – 10,2; в ДФО в 2004 году – 11,9).

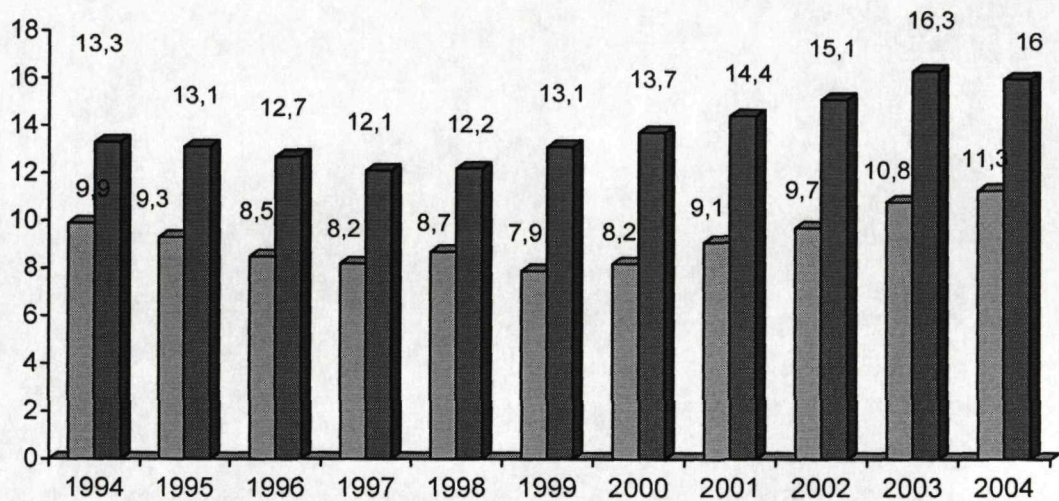


Рисунок 9 – Динамика показателей рождаемости и смертности по Хабаровскому краю за 1994-2004 гг.

В то же время за последние годы в крае число детей, рожденных одной женщиной репродуктивного возраста (15–49 лет), не превышает 1,3 родившихся, что значительно ниже уровня, необходимого для численного замещения поколений родителей или простого воспроизводства – соответственно 2,15 родившихся на 1 женщину репродуктивного возраста (в РФ в 1989 году показатель составлял 2,01, в 1994 году – 1,40 и в 2001 году – 1,25). Характер рождаемости определяется массовым распространением малодетности, сближением параметров рождаемости городского и сельского населения, ростом доли внебрачной рождаемости.

Уровень смертности в крае за последние годы остается стабильно высоким (рис. 9). В период с 1994 по 2004 годы показатель смертности увеличился на 20% – с 13,3 до 16,0 на 1000 населения (в РФ в 2003 году – 16,4; в ДФО в 2004 году – 15,0). Рост смертности фиксируется практически по всем основным классам причин смерти. Возросло влияние на смертность таких факторов, как распространение алкоголизма, наркомании и курения, а также дорожно-транспортных происшествий и пр.

Одной из важнейших медико-демографических проблем в крае является высокая смертность населения трудоспособного возраста (мужчин 16-59

лет, женщин 16–54 года). В 2004 году от общего числа умерших лица в трудоспособном возрасте составили около 40% [92]. Подавляющее большинство умерших в рабочих возрастах – мужчины (75–80%). В структуре смертности трудоспособного населения на первом месте регистрируются несчастные случаи, травмы и отравления; а также насильственные и неестественные причины смерти. В 2004 году в структуре неестественных причин смерти убийства составляли 17,6%, самоубийства – 16,3%, транспортные травмы – 10,1%, отравления алкоголем – 3,8%. Далее по объему потерь регистрируются болезни системы кровообращения и злокачественные новообразования. Высокая смертность в трудоспособном возрасте оказывает самое неблагоприятное воздействие, как на естественное воспроизводство населения, так на формирование и состав трудовых ресурсов:

В целом в период с 1994 по 2004 год показатель естественной убыли населения в крае вырос с 0,4 до – 4,6 на 1000 населения [27].

Зеркальным отражением состояния здоровья и уровня смертности является показатель ожидаемой продолжительности жизни при рождении. В Хабаровском крае за 1999–2003 годы средняя продолжительность жизни для мужчин сократилась с 59,1 до 55,6 лет, что почти на 4,5 года меньше возраста их выхода на пенсию (РФ в 2003 г. – 58,8 лет; в ДФО – 56,5 лет); женщин – с 70,9 до 69,4 лет (РФ в 2003 г. – 71,9 лет; в ДФО – 69,5 лет). Практически на 2/3 снижение ожидаемой продолжительности жизни определяется ростом смертности от несчастных случаев, отравлений и травм, а также от болезней системы кровообращения. По-прежнему сохраняется значительная разница в ожидаемой продолжительности жизни мужчин и женщин – 13–14 лет, которая объясняется высокой смертностью мужчин, особенно среди лиц трудоспособного возраста.

Демографическая ситуация в крае в настоящее время существенно не отразилась на состоянии рынка труда (табл. 11).

Из табл. 11 следует, что в крае в течение 1994–2004 годов произошло увеличение численности экономически активного населения на 2,3 %, а среди последних отмечился рост на 5,4% численности занятого населения.

Таблица 11 – Занятость населения Хабаровского края в 1994–2004 годах (тыс. чел.)

Показатели	1994 г.	1999 г.	2004 г.	2004 г. в % к 1994 г.
Всего населения	1597,4	1523,0	1427,0	89,3
Экономически активное население	767,4	776,2	785,0	102,3
% от населения края	48,1	50,9	55,1	114,6
Численность занятого населения	699,2	665,0	737,0	105,4
% от населения края	43,8	43,7	51,6	117,8
Число безработных (на конец года)	13,7	31,4	24,8	–
Уровень общей безработицы (в % от экономически активного населения)	8,9	14,3	6,1	–
Уровень зарегистрированной безработицы (в % от экономически активного населения)	1,8	4,0	3,2	–

Наряду с естественными потерями в крае наблюдается миграционная убыль населения. Это, прежде всего, люди экономически активного возраста, как правило, с высшим образованием, а также молодые женщины, что отрицательно сказывается на перспективах рождаемости в регионе. Регион теряет в первую очередь интеллектуальный населенческий потенциал. Наблюдается сокращение численности людей трудоспособного возраста и высокой квалификации. Основными причинами оттока населения всегда были суровые климатические условия и отдаленность от центральных районов страны. В последнее десятилетие к ним добавились факторы резкого снижения уровня жизни населения, утрата сравнительных преимуществ региона в области доходов, ухудшение социально-экономической и экологической ситуации. Реальные доходы в регионе сегодня ниже среднероссийских.

Следует отметить рост миграционной подвижности населения в международной миграции из стран ближнего и дальнего зарубежья. Только за 2004–2005 гг. миграционный оборот вырос на 9,9 %, увеличилось число прибывших из этих стран на 32,1 % и снизилось число выбывших в эти страны на 5,8 %. Наиболее значительный прирост был в обмене населением с Казахстаном, Узбекистаном, Киргизией и Молдавией. Наиболее высокой миграционной подвижностью обладает население в трудоспособном возрасте. Доля лиц указанной возрастной группы среди прибывших в край в 2005 году составила 74,1%, среди выбывших – 73,3%.

Многолетнее снижение уровня естественного воспроизводства населения в сочетании с увеличением абсолютной численности людей старших возрастов сделал процесс старения населения практически необратимым, а спад рождаемости его ускорил. В крае с начала 2005 г. большую часть совокупной демографической нагрузки составляет нагрузка именно пожилыми людьми.

Прошедший 2005 г. позитивных сдвигов в естественное движение населения не принес. По-прежнему сохранялась тенденция естественно убыли населения. Согласно прогнозной оценке, выполненной Росстатом, в ближайшие двадцать лет существенного улучшения в демографических процессах края не предвидится. Ожидается, что на протяжении всего прогнозируемого периода на территории края ежегодно число умерших будет превышать число родившихся, в ближайшие 10 лет сохраниться и миграционная убыль населения, т.е. население края по-прежнему будет сокращаться. Следует констатировать, что в настоящее время в дальневосточном регионе сложилась демографическая ситуация, которая представляет угрозу национальной безопасности России, становится тормозом для его социально-экономического развития.

В целях стабилизации численности населения в дальневосточном регионе и в Хабаровском крае в ближайшей перспективе и его роста в долгосрочном периоде необходимо проведение государством (в первую очередь) и местными органами власти активной демографической политики, особенно в части смягчения негативного влияния социально-экономических и социально-психологических факторов.

Для Правительства Хабаровского края приоритетным является проведение социально ориентированной политики, направленной на инвестиции в человеческий капитал, как важнейший фактор экономического роста региона [38].

Хабаровский край по объему валового регионального продукта занимает 2-е место в Дальневосточном регионе, что составляет 1,1 процента в сумме валовых региональных продуктов в России. По объему промышленного производства край занимает 24-е место в России, по объему инвестиций - 22-е место.

Стратегической целью социально-экономической политики в Хабаровском крае является обеспечение последовательного повышения уровня жизни населения, сокращение уровня бедности, качественного развития человеческого потенциала посредством стимулирования роста реальных доходов населения, обеспечения государственных гарантий и повышения качества услуг в сфере образования, медицинского обслуживания и жилищно-коммунального хозяйства, защиты социально уязвимых слоев населения края [38].

Главным инструментом реализации этой цели является динамическое развитие экономики края, а также социальной сферы, в том числе здравоохранения.

Вся история освоения и развития Дальнего Востока неразрывно связана с активной государственной политикой, в том числе и в области его заселения. Создание условий для развития населенческого потенциала на Дальнем Востоке должно быть отнесено к разделу обеспечения геостратегических приоритетов России. Основными объективно существующими обстоятельствами для этого являются: геополитические интересы России; важная роль региона в обеспечении сырьевыми ресурсами других регионов страны; специфические параметры воспроизводства населения в регионе; наличие на территории региона крупных ареалов традиционного расселения коренных малочисленных народностей Севера, с их специфической воспроизводственной структурой и своеобразными параметрами естественного и миграционного движения.

Для обеспечения безопасности России необходимо опережающее социально – экономическое развитие Дальнего Востока. Огромная пространственная протяженность территории региона настоятельно требует наличия здесь определенного населенческого потенциала. Стратегия его развития должна исходить из того, что необходимо создавать благоприятные условия для увеличения постоянного населения, в первую очередь в южных районах региона, вдоль границы с Китайской Народной Республикой.

Программа развития Дальнего Востока, в целом экономическая политика России в дальневосточном регионе – это не экономическая политика для региона, это стратегия России на Тихом океане, это важнейший элемент глобальной стратегии России в начале нового тысячелетия [38].



### 3.2. Оценка ресурсного потенциала здравоохранения Хабаровского края

В Хабаровском крае финансирование учреждений здравоохранения осуществляется за счет консолидированного бюджета субъекта Федерации и средств Хабаровского краевого фонда обязательного медицинского страхования. В структуре расходов консолидированного бюджета края за последние годы отмечается существенный рост расходов на здравоохранение – с 9,6% в 2001 году до 15,8% - в 2005 году, а с учетом платежа за неработающее население – до 21,2% от плана. Следовательно, каждый пятый рубль консолидированного бюджета края вкладывается в здравоохранение (табл. 12 и 13).

Таблица 12 – Исполнение бюджета здравоохранения края вместе со средствами ФОМС за 2001-2004 гг. (млн руб.)

Источники	2001 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.	2005 г. план
Краевой бюджет	726,8	865,3	1507,3	1499,9	1721,9
Муниципальные бюджеты	875,9	1401,0	1470,8	1826,5	2297,1
<b>Итого бюджеты</b>	<b>1602,7</b>	<b>2266,3</b>	<b>2978,1</b>	<b>3326,4</b>	<b>4019,0</b>
Средства фонда ОМС, в т.ч.:	1140,2	1753,8	2107,7	2649,5	2905,4
страховые взносы на ОМС неработающего населения	300,4	408,0	534,4	905,4	1003,5
- налоговые поступления	839,8	1345,8	1573,3	1744,2	1901,9
<b>Итого</b>	<b>2742,9</b>	<b>4020,1</b>	<b>5085,8</b>	<b>5976,0</b>	<b>6924,4</b>
<b>Структура расходов:</b>					
Заработная плата с начислениями, в т.ч.	1316,6	2291,5	2593,8	3397,2	4051,8
заработная плата	969,5	1687,4	1910,0	2501,6	3215,7
начисления	347,1	604,1	683,8	895,6	836,1
Медикаменты, в т.ч. льготные	329,1	442,2	559,4	697,3	929,2
Приобретение оборудования	287,0	118,0	500,0	537,8	623,2
Капитальный ремонт	173,0	199,0	264,8	179,0	201,4
Капитальное строительство	87,9	364,6	974,8	495,6	648,0

Анализ расходов на здравоохранение показывает, что в их структуре удельный вес консолидированного бюджета составляет по годам в пределах 58 %, средства фонда обязательного медицинского страхования – 42 %; для сравнения в Дальневосточном Федеральном округе данное соотношение составило 62 и 38 %.

Таблица 13 – Темпы роста на здравоохранение Хабаровского края за 2001–2005 гг. (расходы 2001 года приняты за единицу)

Источники	2001 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.	2005 г. план
Краевой бюджет	1,0	1,2	2,1	2,1	2,4
Муниципальные бюджеты	1,0	1,6	1,7	2,1	2,6
Средства фонда ОМС, в т.ч.:	1,0	1,5	1,8	2,3	2,5
страховые взносы на ОМС неработающего населения	1,0	1,4	1,8	3,0	3,3
налоговые поступления	1,0	1,6	1,9	2,1	2,3
<b>Итого</b>	<b>1,0</b>	<b>1,5</b>	<b>1,9</b>	<b>2,2</b>	<b>2,5</b>
<b>Структура расходов</b>					
Заработная плата с начислениями, в т.ч.	1,0	1,7	2,0	2,6	3,1
заработная плата	1,0	1,7	2,0	2,6	3,3
начисления	1,0	1,7	2,0	2,6	2,4
Медикаменты, в т.ч. льготные	1,0	1,3	1,7	2,1	2,8
Приобретение оборудования	1,0	0,4	1,7	1,9	2,2
Капитальный ремонт	1,0	1,2	1,5	1,0	1,2

В структуре расходов по статьям экономической классификации бюджетов Российской Федерации заработная плата с начислениями колеблется от 48 до 58%, медикаменты - в пределах 12-13%, расходы на приобретение оборудования – в пределах 10%. Удельный вес расходов на капитальное строительство существенно вырос с 3 до 9%.

Из табл. 13 следует, что в период с 2001 по 2005 гг. расходы на здравоохранение по всем источникам увеличились в среднем в 2,5 раза. Расходы на заработную плату увеличились в 3,1 раза, медикаменты – в 2,8 раза, приобретение оборудования – в 2,2 раза.

Фактические подушевые показатели финансирования системы здравоохранения края по программе государственных гарантий выросли за последние годы в 2,6 раза и составили в 2004 г. 4197 руб., а в 2005 г. – 4840 руб. (2001 г. – 1846 руб., 2003 г. – 3417 руб.). Для сравнения в Российской Федерации фактический подушевой показатель финансирования здравоохранения в 2001 г. составил 1486,5 руб., а в 2004 г. – 3018,0 руб. (табл. 14 и 15).

Из таблицы 14 и 15 следует, что в течение 2001-2004 годов прирост подушевых расходов на здравоохранение из различных источников значительно превышал подушевой рост валового регионального продукта.

Таблица 14 – Подушевые расходы на здравоохранение из различных источников за 2001–2004 гг. (руб.)

Источник финансирования	2001 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.	Прирост в %
Консолидированный бюджет	1106,2	1574,9	2081,6	2336,9	2,1
Средства Хабаровского краевого фонда ОМС	786,9	1218,7	1473,2	1861,4	2,4
Валовый региональный продукт	54600	68100	85700	98500	1,8

*Примечание: расчет сделан на среднегодовую численность населения.*

Таблица 15 – Темпы роста подушевых расходов на здравоохранение из различных источников за 2001-2004 гг. (подушевые расходы 2001 года приняты за единицу)

Источник финансирования	2001 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.
Консолидированный бюджет	1,0	1,4	1,9	2,1
Средства Хабаровского краевого фонда ОМС	1,0	1,5	1,9	2,4
Валовый региональный продукт	1,0	1,2	1,7	1,8

Наибольший прирост подушевых расходов отмечен за счет средств Хабаровского краевого фонда обязательного медицинского страхования:

В то же время, несмотря на рост расходов, в здравоохранении края сохраняется дефицит территориальной программы государственных гарантий оказания населению бесплатной медицинской помощи (2002 г. – 23 %, 2003 г. – 18,2 %, 2004 г. – 8,4 %) табл. 16. Дефицит ТППГ обусловлен главным образом низким уровнем собираемости взносов на ОМС за неработающее население (2002 г. – 25,5 % от плана, 2003 г. – 54,1 %, 2004 г. – 70,6 %).

Обращает на себя внимание, что в 2004 г. в структуре расходов по видам медицинской помощи в рамках ТППГ по-прежнему преобладали затраты на дорогостоящую стационарную помощь – 63,8%, в РФ – 60% (оптимальный уровень – до 50 %); затраты на амбулаторно-поликлиническую помощь составили 26,6%, в РФ – 31,3% (оптимальный уровень – до 35–40 %); затраты на скорую медицинскую помощь составила 9,6 %, в РФ – 6,0%.

Неполное финансовое обеспечение ТППГ, увеличение спроса населения на медицинские услуги способствовали развитию негосударственного сектора здравоохранения [23, 41, 46].

Таблица 16 – Сводные данные расчетной, утвержденной и исполненной Территориальной Программы обеспечения населения Хабаровского края бесплатной медицинской помощью за 2002-2004 гг. (млн руб.)

Источники финансирования ТПГГ обеспечения жителей бесплатной медицинской помощью	2002 г.				2003 г.				2004 г.			
	расчетная	утвержденная	исполнение	% исполнения от расчетной	расчетная	утвержденная	исполнение	% исполнения от расчетной	расчетная	утвержденная	исполнение	% исполнения от расчетной
Из бюджета края и бюджетов муниципальных образований:	2460	2333	2266	92	3778	2981	2978	78,8	3495	3247	3326	95,1
Из средств Территориального фонда ОМС, всего	2747	1619	1759	64	2413	2064	2086	86,4	3027	2664	2650	87,5
В том числе:												
поступление ЕСН;	1150	1073	1137	99	1426	1364	1319	92,5	1744	1744	1744	100
страховые взносы за неработающее население	1597	441	408	25,5	987	554	534	54,1	1283	900	906	70,6
прочие поступления	X	165	132	80	X	130	223	171,5	X	X	X	X
Всего	5207	3952	4025	77	6191	5045	5064	81,8	6522	5851	5976	91,6

В соответствии со ст. 41 Конституции Российской Федерации каждый гражданин имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь в государственной, муниципальной и частной системах здравоохранения.

Статья 14 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан (1993) к частной системе здравоохранения относит лечебно-профилактические и аптечные учреждения, имущества которых находятся в частной собственности, а также лиц, занимающихся частной медицинской практикой и частной фармацевтической деятельностью. Объем финансирования в частной системе здравоохранения в России не превышает 2% от общего финансирования отрасли [123].

По данным Минэкономразвития среднегодовой темп прироста платных услуг в здравоохранении составляет 16%. Соотношение государственных,

муниципальных учреждений и частных организаций, предприятий прочих форм собственности в целом по Российской Федерации оценивается как 86 и 14% соответственно.

Вместе с тем как у государственной, так и частной системы здравоохранения имеются свои достоинства и недостатки [21]; табл. 17.

Таблица 17 – Слабые и сильные стороны негосударственного сектора здравоохранения

<b>Сильные стороны</b>	<b>Слабые стороны</b>
Высокое технологическое качество медицинской помощи	Недостаточное социальное качество медицинской помощи
Эффективное перераспределение ресурсов	Ресурсы направляются в наиболее прибыльные сектора
Ориентация на потребителей медицинских услуг	Перевод «невыгодных» пациентов в государственный сектор здравоохранения
Высокий уровень мотивации медицинского персонала	Усиление эксплуатации и социальных конфликтов, уменьшение равноправия
Конкурентность	Активное поощрение сверхпотребления дорогостоящих и необязательных видов медицинской помощи, ее дублирование
Большая гибкость управления, которое носит персонифицированный характер	Субъективизм при принятии управленческих решений
Информированность населения о медицинских услугах	Неадекватность информации.

Из табл. 17 следует, что негосударственный сектор здравоохранения, нацеленный на получение прибыли, концентрируется преимущественно в сфере высокотехнологичных дорогостоящих видов медицинской помощи. Поэтому он не имеет социальной направленности и направлен в основном на наиболее платежеспособную часть населения.

К основным факторам, способствующим развитию негосударственного сектора, могут быть отнесены [31]: не реализованная законодательно декларированная идея выбора гражданами условий оказания медицинского обслуживания в системе ОМС; недостаточное финансирование учреждений здравоохранения и, как следствие, низкий уровень оплаты труда; развитие добровольного медицинского страхования.

В Хабаровском крае в общей объеме платных услуг, оказанных населению в 2002–2004 годах, удельный вес платных услуг, произведенных в учреждениях здравоохранения различных форм собственности, составил в пределах 2,7–3,2 %. Удельный вес платных услуг, оказанных в учреждениях здравоохранения негосударственных форм собственности, составил в пределах 1,3–1,7 % (табл. 18).

Таблица 18 – Объем платных услуг, произведенных в учреждениях здравоохранения различных форм собственности (млн руб.)

Годы	Общий объем платных услуг в учреждениях здравоохранения различных форм собственности	Объем платных услуг в государственных учреждениях здравоохранения		Объем платных услуг в муниципальных учреждениях здравоохранения		Объем платных услуг в негосударственных учреждениях здравоохранения	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%
2002	517,2	93,1	18,0	179,3	34,7	244,8	47,3
2003	752,5	122,7	16,3	236,5	31,4	393,3	52,2
2004	1003,7	167,7	16,7	302,4	30,1	533,6	53,2

Из табл. 18 следует, что в структуре платных услуг удельный вес государственных учреждений здравоохранения составил 16–18 %, муниципальных – 31–35 %, учреждений негосударственной формы собственности – 47–53 %.

В течение 2002–2004 гг. темпы роста объема платных услуг в фактических ценах составили 145,5 %. В то же время темпы роста в сопоставимых ценах составили 114 %.

Общий объем выполненных платных услуг в учреждениях здравоохранения в 2004 году составил 470,1 млн руб., что составило только 7,9 % от общего объема финансирования (2003 год – 359,3 млн руб.), в т.ч. в краевых учреждениях – 167,7 млн руб., муниципальных учреждениях – 302,4 млн руб. В общей структуре доходов от платных услуг средства добровольного медицинского страхования составили 121,5 млн руб. (25%).

В расчете на душу населения величина платных услуг, оказанных в учреждениях здравоохранения, составила в 2002 г. 348,1 руб. (в целом по краю – 12619,9 руб.), в 2003 г. – 524,7 руб. (по краю – 16053,0 руб.), в 2004 г. – 703,4 руб. (по краю – 20552,9 руб.).

Таким образом, представленные данные свидетельствуют, во-первых, о том, что в Хабаровском крае негосударственный сектор здравоохранения еще не стал социально значимым, а во-вторых, о том, что в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения платные услуги еще не стали существенным источником инвестирования отрасли. В этой части резервом может стать разработка программы развития добровольного медицинского страхования на территории Хабаровского края, а также дальнейшее упорядочения порядка оказания платных услуг населению.

Следовательно, в структуре расходов консолидированного бюджета края за последние годы отмечается существенный рост расходов на здравоохранение, удельный вес которых в 2005 году составил 21,2 % от плана с учетом платежа за неработающее население. В структуре расходов на здравоохранение преобладают средства консолидированного бюджета. Расходы на здравоохранение в период с 2001 по 2005 гг. по всем источникам увеличились в среднем в 2,5 раза. За этот же период времени фактические подушевые показатели финансирования системы здравоохранения края по ТПГГ выросли в 2,3 раза. В то же время обращает на себя внимание сохраняющийся дефицит ТПГГ, а также существенные структурные диспропорции в расходовании средств здравоохранения. Около 64% всех расходов на здравоохранение приходится на стационарную помощь. Платные услуги, оказываемые в учреждениях здравоохранения края, не являются существенным дополнительным источником инвестиций в отрасль.

Управления имущественным комплексом системы здравоохранения края занимает большое место в проблеме инновационного развития здравоохранения Хабаровского края.

По состоянию на 1 января 2005 года имущественный комплекс здравоохранения края включал 116 больниц, 227 амбулаторно-поликлинических учреждений, 45 станций и отделений скорой медицинской помощи, а также 207 фельдшерско-акушерских пунктов.

Начиная с 2001 года, министерство здравоохранения края проводит ежегодный мониторинг за состоянием краевого имущественного комплекса.

К основным особенностям процесса использования основных производственных фондов (ОПФ) в учреждениях здравоохранения края следует отнести [60; 59; 52, 114]:

– существенные темпы прироста капитальных вложений в ОПФ. Так, если в 2000 году стоимость ОПФ в учреждениях здравоохранения края составила 2023,8 млн. руб. (в государственных учреждениях здравоохранения – 654,7 млн. руб., в муниципальных учреждениях – 1369,1 млн. руб.), то по состоянию на 01.01.2005 года общая стоимость ОПФ составила 6261,7 млн. руб. (в государственных учреждениях – 2621,6 млн. руб. и в муниципальных учреждениях – 3640,1 млн. руб.);

– существенные структурные диспропорции ОПФ. Так, если в государственных учреждениях здравоохранения пассивная и активная части ОПФ примерно равны и составляют соответственно 52,6 и 47,4%, то в муниципальных учреждениях отмечается значительно преобладание пассивной части – соответственно 69,9 и 29,1%. Объясняется это более высоким уровнем капитальных вложений, в т.ч. в части приобретения оборудования в краевые лечебно-профилактические учреждения, что связано и с их модернизацией, и с необходимостью решать вопросы оказания медицинской помощи населению края на более высоком технологическом уровне;

– более быстрые темпы наращивания активной части ОПФ в государственных учреждениях здравоохранения, чем в муниципальных учреждениях здравоохранения. Так, если в 2003 году показатель фондовооруженности специалиста на активную часть ОПФ в государственных учреждениях составил 149,3 тыс. руб., то в муниципальных учреждениях – 31,4 тыс. руб.; соответственно в 2004 году данный показатель составил 232,2 и 36,2 тыс. руб. Прирост показателя фондовооруженности за 1 год составил для государственных учреждений 156,7%, а для муниципальных – только 115,3%.

– высокий уровень износа ОПФ, особенно их активной части. Так, в целом степень износа ОПФ в государственных учреждениях здравоохранения составляет 34%, в муниципальных учреждениях – 50%, а износ их активной части – соответственно 51% и 64%. Особенно неблагоприятно ситуация



выглядит по санитарному автотранспорту, где средний износ составляет 71,5%, а у 67% автотранспорта износ превышает 100%.

Принимаемые меры позволили значительно развить инфраструктуру отрасли, придать ей инновационный характер и, по сути, создать единую «сквозную» технологию оказания медицинской помощи населению.

Только за период с 2001 по 2005 годы сданы в эксплуатацию краевой клинический центр онкологии, Бикинский и Вяземский центры организации специализированных видов медицинской помощи, краевой кожно-венерологический диспансер, центр по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями, институт повышения квалификации специалистов здравоохранения, Дальневосточный центр медицины катастроф, участковая больница в с. Хурба и поликлиника в с. Троицкое.

В настоящее время ведется капитальное строительство нового корпуса краевой клинической больницы № 2, акушерского корпуса перинатального центра и хирургического корпуса больницы № 7 в г. Комсомольске-на-Амуре. Закончен капитальный ремонт других объектов здравоохранения.

Важнейшим условием модернизации здравоохранения края является его инвестиционное развитие, а также инновационное наполнение инвестиций в части технического и технологического перевооружение отрасли. В крае в период с 2001 по 2005 годы расходы на приобретение медоборудования увеличились в 2,2 раза с ежегодным темпом прироста в 20-30%. Это позволило развить современные лечебно-диагностические технологии по кардиохирургии, нейрохирургии, ортопедии и травматологии, репродуктивным технологиям, гематологии, онкологии, реабилитации и по ряду других направлений.

Строительство и ввод в эксплуатацию в 2008 году в рамках Национального проекта «Здоровье» центра сердечно-сосудистой хирургии с объемом капвложений в 2050 млн руб. позволит значительно укрепить материально-техническую базу здравоохранения края; повысить доступность высокотехнологичной медицинской помощи больным с заболеваниями системы кровообращения.

Определенную помощь окажет медицинское оборудование, которое начнет поступать в край в середине 2006 в рамках Национального проекта на общую сумму 185,0 млн руб. В рамках Национального проекта в край поступит и санитарный автотранспорт на сумму 46,5 млн руб.

С целью повышения эффективности управления имущественным комплексом министерством здравоохранения края утверждены и направлены в учреждения здравоохранения края таблицы оснащения медицинским оборудованием. Одновременно во всех учреждениях здравоохранения края установлена автоматизированная информационная система мониторинга медицинских изделий. Программа, с одной стороны, позволяет получать информацию о состоянии медицинского оборудования и эффективности его использования, а с другой стороны, планировать расходы на техническое переоснащение учреждений здравоохранения с учетом таблиц оснащения. Это позволит нам реально управлять имущественным комплексом здравоохранения края в части медицинского оборудования.

Следует добавить, что в развитие имущественного комплекса здравоохранения края имеется и некоторый вклад федерального бюджета. В рамках исполнения Федеральной адресной инвестиционной программы в период с 2002 по 2005 гг. объем федерального финансирования вырос в 6,7 раза - с 13,5 до 91,0 млн. руб. и составил в целом 227,5 млн. руб. что, однако, не превысило всего 7,6% от краевых инвестиций.

Состояние и прогноз развития материально-технической базы учреждений здравоохранения края оценивался нами на основе средне балансовой стоимости ОПФ на начало года, ввода, выбытия и норм износа на 01.01.05 г.

Состояние ОПФ в учреждениях здравоохранения края в 2004 г. можно представить в виде следующих формул:

$$D_{\text{опф}}^t = D_{\text{акт}}^t + D_{\text{пас}}^t; \quad (9)$$

$$D_{\text{акт}}^t = S_{\text{акт}}^t + s_{\text{акт ввод}}^t - \left(\frac{S_{\text{акт}}^t}{K_f}\right) - s_{\text{акт вывод}}^t; \quad (10)$$

$$D_{\text{пас}}^t = S_{\text{пас}}^t + s_{\text{пас ввод}}^t - \left(\frac{S_{\text{пас}}^t}{K_f}\right) - s_{\text{пас вывод}}^t, \quad (11)$$

где  $D_{\text{опф}}^t$  – движение ОПФ в 2004 году;  
 $D_{\text{акт}}^t$  – движение активной части ОПФ в 2004 году;  
 $D_{\text{пас}}^t$  – движение пассивной части ОПФ в 2004 году.  
 $S_{\text{опф}}^t$  – стоимость ОПФ в 2004 году;  
 $S_{\text{акт}}^t$  – стоимость активной части ОПФ в 2004 году;  
 $S_{\text{пас}}^t$  – стоимость пассивной части ОПФ в 2004 году;  
 $S_{\text{акт.ввод}}^t$  – стоимость введенной активной части ОПФ в 2004 году;  
 $S_{\text{пас.ввод}}^t$  – стоимость введенной пассивной части ОПФ в 2004 году;  
 $S_{\text{акт.вывод}}^t$  – стоимость выведенной активной части ОПФ в 2004 году;  
 $S_{\text{пас.вывод}}^t$  – стоимость выведенной пассивной части ОПФ в 2004 году;  
 $K_f$  – коэффициент физического износа ОПФ (остаточный срок эксплуатации – лет).

В этом случае в государственных учреждениях здравоохранения движение ОПФ в 2004 году будет выглядеть следующим образом (в млн. руб.):

$$D_{\text{акт}}^t = 1056,3 + 209,3 - (1056,3 \text{ млн руб.} : 60/15) - 26,3 = 975,2 \text{ млн руб.}$$

$$D_{\text{пас}}^t = 1264,2 + 144,0 - (1264,2 \text{ млн руб.} : 65/1,7) - 35,2 = 1334,8 \text{ млн руб.}$$

где 60 – показатель годности активной части ОПФ в государственных учреждениях здравоохранения на 01.01.2003 года (в %);

15 – среднегодовая норма износа активной части ОПФ (в %);

65 – показатель годности пассивной части ОПФ в государственных учреждениях здравоохранения на 01.01.2003 года (в %);

1,7 – среднегодовая норма нормы износа пассивной части ОПФ в государственных учреждениях здравоохранения (в %).

Следовательно, в течение 2004 года в государственных учреждениях здравоохранения в целом произошло уменьшение стоимости ОПФ на 10,5 млн. руб. При этом стоимость активной части ОПФ уменьшилась на 81,1 млн. руб., а пассивной части ОПФ увеличилась на 70,6 млн. руб. Соотношение активной и пассивной частей ОПФ на 01.01.2005 года определяется как 1:1,37.

Аналогичные расчеты можно сделать и по муниципальным учреждениям здравоохранения.

$$D_{\text{акт}}^t = 439,8 + 307,1 - 194,6 - 152,4 = 399,9 \text{ млн. руб.}$$

$$D_{\text{пас}}^t = 1091,8 + 153,0 - 44,9 - 10,8 = 1278,9 \text{ млн. руб.}$$

Таким образом, в течение 2004 года в муниципальных учреждениях здравоохранения произошло существенное уменьшение стоимости активной части ОПФ - на 39,9 млн. руб., и, наоборот, прирост пассивной части - на 187,1 млн. руб. Соотношение активной и пассивной частей ОПФ определяется как 0,21:1.

Для сравнения следует отметить, что в 2004 году затраты на приобретение оборудования, машин составили 240,7 млн. руб., в том числе за счет краевого бюджета - 148,7 млн. руб. и средств муниципального бюджета - 92,0 млн. руб.

Таким образом, анализ представленных данных свидетельствует о том, что в учреждениях здравоохранения края в течение последних лет происходит последовательное наращивание материально-технической базы, более выраженное в государственных учреждениях здравоохранения. Вместе с тем сохраняется проблема воспроизводства активной части ОПФ и по медицинскому оборудованию, и по автотранспорту. Следовательно, перед органами управления здравоохранением и в первую очередь муниципальных образований стоит важнейшая задача по разработке программ обновления активной части ОПФ, в т.ч. автотранспорта.

Медицинские кадры являются главным ресурсом здравоохранения, обеспечивающим результативность и эффективность деятельности, как всей системы здравоохранения, так и отдельных его структур.

Кадровые ресурсы здравоохранения Хабаровского края составили в 2004 году около 6,4% от населения, занятого в народном хозяйстве (в РФ - 4,5%) (табл. 19).

В 2004 году в Хабаровском крае абсолютная численность медицинских работников составляет 23176 человек, из них врачей всех специальностей - 7904 человека, средних медицинских работников - 15272 человека.

Таблица 19 – Численность медицинских работников в Хабаровском крае (2000-2004 годы)

Показатель	2000 г.	2001 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.
Абсолютная численность медицинских работников Хабаровского края	24511	24356	24063	23634	23176
Из них в учреждениях, подчиненных МЗ Хабаровского края	18982	18833	18928	18467	18435
Врачей всех специальностей	8343	8314	8147	8067	7904
Из них в учреждениях, подчиненных МЗ Хабаровского края	6311	6282	6218	6139	6111
Средних медицинских работников	16168	16042	15916	15567	15272
Из них в учреждениях, подчиненных МЗ Хабаровского края	12671	12551	12710	12328	12324

В 2004 году в Хабаровском крае абсолютная численность медицинских работников составляет 23176 человек, из них врачей всех специальностей - 7904 человека, средних медицинских работников – 15272 человека.

Обеспеченность врачами на 10 000 населения составляет – 55,4 (РФ - 41,9); средними медицинскими работниками -104,2 (РФ - 95,5). Соотношение врачей и среднего медицинского персонала в целом в Хабаровском крае составляет 1:1,9. При этом медицинские работники, главным образом, сконцентрированы в наиболее крупных населенных пунктах края с развитой медицинской инфраструктурой и, наоборот, имеет место отток кадров из сельских и северных территорий края. За период с 2000 по 2004 гг. абсолютная численность медицинских работников в крае уменьшилась на 5,5%.

Таким образом, анализ представленных данных свидетельствует о том, что в здравоохранении края за последние годы сложился отрицательный баланс обеспечения лечебно-профилактических учреждений специалистами. Причинами тому являются низкий уровень социальной защиты медицинских работников, медленные темпы реформирования первичной медико-санитарной помощи, отсутствие стратегического планирования в вопросах воспроизводства кадрового потенциала отрасли, недостаточное внимание руководителей органов управления и учреждений здравоохранения к вопросам повышения эффективности использования трудовых ресурсов.

К основным проблемам в области управления кадровыми ресурсами следует отнести: несоответствие численности и структуры кадров задачам и направлениям реформирования отрасли; наличие диспропорции в структуре медицинского персонала между врачами общего профиля и узкими специалистами, врачами и средним медперсоналом; несоответствие подготовки специалистов потребностям практического здравоохранения и задачам структурной перестройки отрасли; недостаточная социальная защищенность медицинских работников (средняя номинальная заработная плата в здравоохранении в 2004 году составила только 66% от таковой в промышленности).

Анализ представленных данных свидетельствует о том, что за последние годы в здравоохранение Хабаровского края вкладывались значительные ресурсы, что способствовало наращиванию материально-технической базы здравоохранения. Однако экстенсивный путь развития отрасли не привел к существенным положительным переменам ни в демографической ситуации, ни в здоровье населения. В определенной степени это зависело от факторов, на которые система здравоохранения не могла существенно влиять, например, уровень жизни и занятость населения, экологическая безопасность, отсутствие приоритетов в общественном сознании на необходимость ответственного отношения к собственному здоровью и здоровью окружающих, а также слабая межведомственная координация по охране здоровья населения.

Вместе с тем, и в самой системе здравоохранения края сохранилось ряд проблем, которые в истекший период усугубились, что негативно отразилось на работе учреждений здравоохранения. К основным из них следует отнести: слабую интеграцию системы здравоохранения края в рыночную экономику; существенные структурные диспропорции в отрасли; дисбаланс ТПГ между ее объемами и финансовым обеспечением; высокий уровень износа основных производственных фондов, в том числе их активной части; нарастающий кадровый дефицит, особенно в сельских и отдаленных северных территориях края.

Отдельные рыночные механизмы в здравоохранении края уже действуют. К ним относятся: создание системы медицинского страхования в сочетании с государственными гарантиями бесплатности и доступности меди-

цинской помощи населению; наличие системы многоканального финансирования учреждений здравоохранения, куда входят бюджетные средства, средства ОМС, доходы от платной медицинской деятельности и добровольного медицинского страхования; отход от преимущественно административных методов управления к более широкому использованию экономических методов управления.

Дальнейшее становление рынка медицинских услуг основывается на модернизации системы обязательного медицинского страхования, реструктуризации системы оказания медицинской помощи, определении обоснованности объемов финансирования и цен на медицинские услуги, стандартизации в здравоохранении как условия создания единой системы управления качеством медицинской помощи, а также переходе к новым методам оплаты труда медицинских работников в зависимости от объема и качества работы и другие мероприятия.

Важнейшим элементом, сдерживающим развитие системы здравоохранения края, является несовершенный экономический механизм системы обязательного медицинского страхования [40, 77, 109, 129, 128].

С введением в действие закона Российской Федерации от 28.06.91 г. № 1499-1 «Об обязательном медицинском страховании граждан Российской Федерации» (в ред. от 29.05.2002) начался процесс непосредственного реформирования системы здравоохранения. Внедрение системы ОМС исходило из главной цели – получение дополнительных источников финансирования системы здравоохранения и улучшения качества медицинского обслуживания населения. На фонды ОМС было возложено финансовое обеспечение основного объема гарантированной бесплатной медицинской помощи населению [87, 95, 89].

Основными источниками поступления финансовых средств в систему ОМС являются:

1. Сумма единого социального налога (ЕСН).
2. Страховые взносы органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации и местного самоуправления на обязательное медицинское страхование неработающего населения.

3. Субвенции Федерального фонда ОМС (для субъектов Федерации).

4. Прочие поступления.

В Хабаровском крае в 2004 году расчетная потребность в финансировании Программы государственных гарантий оказания населению бесплатной медицинской помощи составила 6521,1 млн руб.; фактическое финансирование (без учета платных услуг) составило 5505,9 млн руб. (84,1%); дефицит программы составил 1015,2 млн руб. (15,9%).

Расчетная стоимость территориальной программы ОМС в Хабаровском крае на 2004 год составила 3027,0 млн руб.; фактическое финансирование составило 2649,5 млн руб. (87,5%); дефицит программы составил 377,5 млн руб. (12,5%). Из 3027,0 млн руб. план налоговых поступлений составил 1743,8 млн руб. (57,6%); страховых взносов на ОМС неработающего населения – 1283,2 млн руб. (42,4%); фактически налоговые поступления составили 1744,2 млн руб. (100%), а страховые взносы на ОМС неработающего населения только 905,4 млн руб. (70,5%).

Следовательно, в Хабаровском крае сохраняется дефицит ТПГГ, обусловленный главным образом низким уровнем собираемости страховых взносов на ОМС неработающего населения. Сохраняется ситуация, когда средства единого социального налога, предназначенные для страхования работающих граждан, в значительной степени используются на оплату медицинской помощи неработающему населению. При этом в худшем положении остаются работающие граждане. Налоговых поступлений в систему ОМС становится явно недостаточно для оплаты медицинской помощи всем гражданам. В конечном итоге такое положение приводит к дефициту финансирования Базовой программы ОМС.

Анализ реализации системы ОМС позволяет выделить ряд проблем:

Несбалансированность объемов ТПГГ с имеющимися финансовыми ресурсами. Основными причинами данного положения являются:

1. Низкая ставка ЕСН, зачисляемого в фонды ОМС – 3,6% налогооблагаемой базы плательщиков ЕСН. Более того, с 01.01.2005 года в соответствии с действующим законодательством (Налоговый Кодекс Российской Федера-



ции от 05.08.08 г. № 117-ФЗ, часть 2-я, глава 24, статья 241) ставка налога, зачисляемого в фонды обязательного медицинского страхования, уменьшена с 3,6% до 2,8%. В связи с чем утраченная сумма налога для Хабаровского края на 2005 год составила 605,0 млн. руб.

Ненадлежащее исполнение органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации и органами местного самоуправления Закона Российской Федерации «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» в части уплаты страховых взносов на ОМС за неработающее население, что и являлось основной причиной дефицита Базовой программы ОМС. Для решения указанной проблемы Правительством Хабаровского края с 01.01.05 г. страховые взносы на ОМС за неработающее население консолидированы в краевом бюджете (Закон Хабаровского края от 14.02.05 г. № 263 «О краевом бюджете на 2005 год»).

2. Недостаточная регламентация механизма по взиманию страховых взносов на ОМС за неработающее население. До настоящего времени отсутствует финансовый норматив, определяющий минимальную ставку страхового взноса на ОМС за неработающее население.

3. Недостаточная тарифная политика Хабаровского краевого фонда обязательного медицинского страхования. В соответствии со ст. 24 закона Российской Федерации от 28.06.1991 года №1499-1 «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» (в ред. от 02.04.1993 №4741-1) тарифы должны обеспечивать рентабельность медицинских учреждений и своевременный уровень медицинской помощи. В то же время ежегодно утверждаемые тарифы на медицинские услуги не позволяют в полной мере возместить затраты учреждений здравоохранения края.

В соответствии с п. 2.2.3. временной методики по расчету тарифов на медицинские услуги, утвержденной краевой комиссией по тарификации медицинских услуг на 2004 год по программе обязательного медицинского страхования, в структуру тарифа на услугу закладываются: оплата труда основного персонала, начисления на оплату труда, расходы на приобретение медикаментов и расходных материалов, приобретение продуктов питания,

мягкий инвентарь [107]. Анализ структуры тарифов на медицинские услуги показал, что, если в 2001 году доля заработной платы персонала в тарифе составляла 54,2%, в 2002 году – 63,9%, то в 2004 году – уже 84,0%, медикаменты и расходные материалы – соответственно 12,2, 10,2 и 11,9%, питание больных – 5,0, 3,8 и 3,8%, мягкий инвентарь – 0,6, 0,1 и 0,3%.

Следовательно, в период с 2001 по 2004 гг. удельный вес расходов, непосредственно связанных с оказанием медицинской помощи населению, в структуре тарифа уменьшился, в то же время значительно выросла доля заработной платы.

Таким образом, анализ проблемы управления ресурсами здравоохранения Хабаровского края позволил установить несовершенство системы управления здравоохранением, сохранение экстенсивных тенденций развития и существенные структурные диспропорции в отрасли, дефицит ТППГ, высокий уровень износа основных фондов, нарастающий кадровый дефицит, особенно в сельских и северных территориях края. Отмеченные предпосылки и явились основой для системных инновационных преобразований в здравоохранении Хабаровского края.

### ***3.3. Основные направления совершенствования тарифной политики и ресурсного обеспечения системы здравоохранения Хабаровского края до 2010 года.***

Основные направления ресурсного обеспечения здравоохранения Хабаровского края до 2010 года определены постановлением Правительства Хабаровского края от 25.07.2005 № 86-пр «О ходе выполнения постановления Губернатора Хабаровского края от 09 января 2002 г. № 6 «Об основных направлениях развития здравоохранения Хабаровского края на 2002-2005 годы» и мерах по дальнейшему развитию здравоохранения края на 2006-2010 годы», которым были утверждены концепция и план организационных мероприятий по развитию здравоохранения края до 2010 года (Приложение С). По своему содержанию указанное постановленное и является проектом инновационного развития здравоохранения Хабаровского края.

Концепция развития здравоохранения Хабаровского края определила предпосылки, приоритеты, принципы и основные параметры развития отрасли.

Регламент проекта включает в себя постановку стратегической цели, план организационных мероприятий, в том числе в части формирования инвестиционного бюджета проекта и бюджетирование проекта. Кроме того, осуществляется мониторинг за исполнением проекта, а результатов проекта уже внедряются в деятельность учреждений здравоохранения Хабаровского края.

Целями концепции явились разработка инновационной экономической модели здравоохранения края, направленной на эффективное использование ресурсов отрасли, а также формирование интегрированной многоуровневой целостной структурно-функциональной модели здравоохранения края с учетом уровней оказания медицинской помощи населению, медико-демографических процессов и ресурсного обеспечения.

План организационных мероприятий по исполнению постановления включает в себя нормативное правовое, методическое и информационное обеспечение системы здравоохранения края, мероприятий по совершенствованию системы управления здравоохранением края, организации медицинской помощи населению края и лекарственного обеспечения, материально-техническому обеспечению учреждений здравоохранения и научное обеспечение.

Вопросы инновационного развития здравоохранения во многом зависят от организационной структуры и действующего экономического механизма отрасли. В этой связи нами разработаны предложения по совершенствованию экономической модели здравоохранения Хабаровского края [65, 68].

На рис. 10 представлена блок-схема экономической модели здравоохранения региона или конкретного лечебно-профилактического учреждения.

Блок 1 включает показатели, которые отражают *спрос* населения на медицинские услуги. Спрос характеризуется синтетическими показателями, отражающими объемы госпитальной, амбулаторно-поликлинической и скорой медицинской помощи, рассчитанные в соответствии с программой государственных гарантий оказания населению бесплатной медицинской помощи.

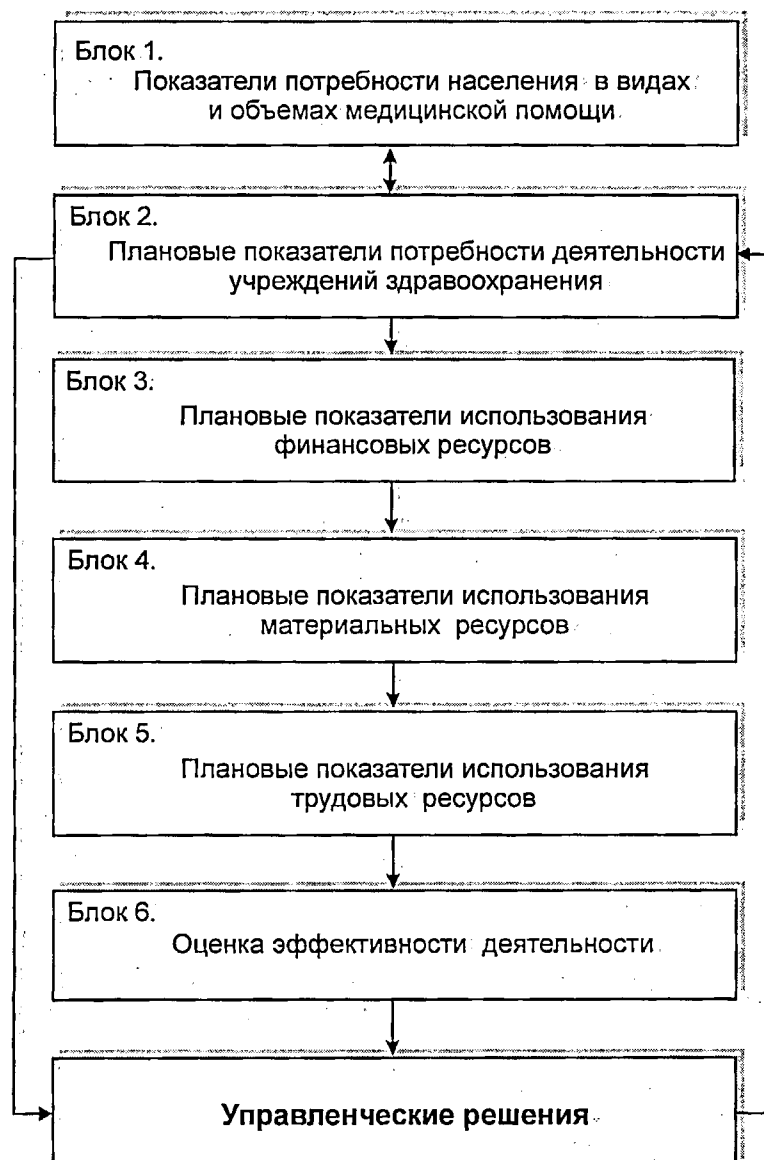


Рисунок 10 – Блок-схема экономической модели здравоохранения (ЛПУ)

Блок 2 характеризует *предложение* со стороны учреждений здравоохранения. Блок характеризуется такими синтетическими показателями, как плановая численность пролеченных больных в стационарах, количество посещений в поликлиниках и вызовов скорой медицинской помощи, рассчитанные в соответствии с нормативами программы государственных гарантий оказания населению бесплатной медицинской помощи. Плановые задания в виде государственных (муниципальных) заказов-заданий ежегодно централизованно доводятся органами управления здравоохранением до учреждений здравоохранения.

Следовательно, программа государственных гарантий оказания населению бесплатной медицинской помощи по сути своей является инструментом директивного централизованного планирования и *спроса и предложения* на виды и объемы медицинской помощи, что значительно ограничивает внедрение рыночных механизмов в систему здравоохранения края.

Блоки 3, 4 и 5 характеризуют нормативные затраты учреждений здравоохранения (финансовые, материальные и трудовые) на производимые медицинские услуги в расчете на единицу медицинской услуги (в стационаре – пролеченный больной; в поликлинике – посещение, на скорой медицинской помощи – вызов).

Блок 6 характеризует экономическую, медицинскую и социальную эффективность системы здравоохранения и ее отдельных субъектов.

На основе анализа эффективности деятельности системы здравоохранения или лечебно-профилактических учреждений принимаются альтернативные управленческие решения, направленные на повышение эффективности деятельности органов и учреждений здравоохранения (табл. 20 и рис. 11).

Таблица 20 – Существующая экономическая модель здравоохранения края

Наименование блока	Показатели синтетические	Показатели аналитические
1	2	3
Блок 1 – показатели спроса населения на медицинские услуги: – стационар; – поликлиника; – скорая медицинская помощь	Территориальные нормативы объемов медицинской помощи: – показатели объемов стационарной помощи на 1000 чел.; – показатели объемов амбулаторно-поликлинической помощи на 1000 чел.; – показатели объемов медицинской помощи, предоставляемой в дневных стационарах на 1000 чел.; – показатели объемов скорой медицинской помощи на 1000 чел.	– норматив уровня госпитализации – 180,8 больных; – норматив количества койко-дней – 1942,5 койко-дней; – норматив законченных случаев обслуживания – 3677,0 случаев; в том числе: – с целью профилактики – 1094,0 случаев; – по поводу диспансеризации – 396,0 случаев; – лечебно-консультативной помощи – 2187,0 случаев; – норматив посещений – 8458,0 посещений, в том числе: – с целью профилактики – 2516,0 посещений; – по поводу диспансеризации – 911,0 посещений; – лечебно-консультативной помощи – 5031 посещений;

Продолжение таблицы 20

1	2	3
		<ul style="list-style-type: none"> <li>– норматив кратности посещений на один законченный случай – 2,3 посещения;</li> <li>– норматив количества дней лечения в дневных стационарах – 619 дней;</li> <li>– норматив количества вызовов скорой медицинской помощи – 318.</li> </ul>
<p>Блок 2 – показатели предложения системы здравоохранения:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– стационар;</li> <li>– поликлиника;</li> <li>– скорая медицинская помощь</li> </ul>	<p>Территориальные нормативы объемов медицинской помощи:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– показатели объемов стационарной помощи на 1000 чел.;</li> <li>– показатели объемов амбулаторно-поликлинической помощи на 1000 чел.;</li> <li>– показатели объемов медицинской помощи, предоставляемой в дневных стационарах на 1000 чел.;</li> <li>– показатели объемов скорой медицинской помощи на 1000 чел.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– норматив уровня госпитализации – 180,8 больных;</li> <li>– норматив количества койко-дней – 1942,5 койко-дней.</li> <li>– норматив законченных случаев обслуживания – 3677,0 случаев; в том числе: <ul style="list-style-type: none"> <li>– с целью профилактики – 1094,0 случаев;</li> <li>– по поводу диспансеризации – 396,0 случаев;</li> <li>– лечебно-консультативной помощи – 2187,0 случаев;</li> </ul> </li> <li>– норматив посещений – 8458,0 посещений, в том числе: <ul style="list-style-type: none"> <li>– с целью профилактики – 2516,0 посещений;</li> <li>– по поводу диспансеризации – 911,0 посещений;</li> <li>– лечебно-консультативной помощи – 5031 посещений;</li> </ul> </li> <li>– норматив кратности посещений на один законченный случай – 2,3 посещения;</li> <li>– норматив количества дней лечения в дневных стационарах, стационарах дневного пребывания и стационарах на дому – 619 дней;</li> <li>– норматив количества вызовов скорой медицинской помощи – 318</li> </ul>
<p>Блок 3 – показатели использования финансовых ресурсов:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– стационар;</li> <li>– поликлиника;</li> <li>– дневной стационар;</li> <li>– скорая медицинская помощь</li> </ul>	<p>Территориальные нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи*:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– стационарная помощь – на один койко-день;</li> <li>– амбулаторно-поликлиническая помощь – на одно посещение;</li> <li>– медицинской помощи в дневных стационарах – на один койко-день;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– средние тарифы стоимости пролеченного больного в круглосуточном стационаре по профилям отделений;</li> <li>– средние тарифы стоимости пролеченного больного в стационаре дневного пребывания по профилям отделений;</li> <li>– нормативы расходов на 1 койко-день на медикаменты и расходные материалы по профилям отделений круглосуточного пребывания;</li> </ul>

Окончание таблицы 20

1	2	3
	<ul style="list-style-type: none"> <li>– скорая медицинская помощь</li> <li>– на один вызов</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– нормативы расходов на 1 койко-день на медикаменты и расходные материалы в отделениях дневного пребывания по профилям;</li> <li>– средние тарифы на одно посещение в амбулаторно-поликлинических учреждениях;</li> <li>– средние тарифы на случай оперативного лечения в центрах амбулаторной хирургии;</li> <li>– нормативы расходов на 1 койко-день на медикаменты и расходные материалы в центрах амбулаторной хирургии;</li> <li>– подушевой норматив финансирования амбулаторно-поликлинической помощи</li> </ul>
<p>Блок 4 – показатели использования материальных ресурсов:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– стационар;</li> <li>– поликлиника;</li> <li>– дневной стационар;</li> <li>– скорая медицинская помощь</li> </ul>	<p>Единые нормативы материальных затрат на единицу объема медицинской помощи в здравоохранении Российской Федерации и Хабаровского края отсутствуют</p>	
<p>Блок 5 – показатели использования трудовых ресурсов:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– стационар;</li> <li>– поликлиника;</li> <li>– дневной стационар;</li> <li>– скорая медицинская помощь</li> </ul>	<p>Единые нормативы трудозатрат на единицу объема медицинской помощи в здравоохранении Российской Федерации и Хабаровского края отсутствуют</p>	
<p>Блок 6 – показатели эффективности деятельности системы здравоохранения и субъектов хозяйствования:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– стационар;</li> <li>– поликлиника;</li> <li>– дневной стационар;</li> <li>– скорая медицинская помощь</li> </ul>	<p>Единые нормы оценки эффективности деятельности системы здравоохранения и субъектов хозяйствования в здравоохранении Российской Федерации и Хабаровского края отсутствуют</p>	

\* – Территориальные нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи (блок 3) до 2005 года рассчитывались с учетом финансовых возможностей территории в зависимости от формирования доходной части Хабаровского краевого фонда ОМС.

К основным проблемам действующей экономической модели учреждений здравоохранения края следует отнести:

Блок 1. Не учитываются региональные особенности здоровья населения. Нормативы объемов оказания населению медицинской помощи рассчитываются на основе программы государственных гарантий и являются едиными для всех субъектов Российской Федерации.

Блок 2. Планирование деятельности системы здравоохранения и учреждений здравоохранения осуществляется на численность населения в соответствии с нормативами программы государственных гарантий оказания населению бесплатной медицинской помощи. Объемы медицинской деятельности не зависят от показателей здоровья населения.

Блок 3. В здравоохранении Российской Федерации и Хабаровского до 2005 года отсутствовали единые нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи. Существующие тарифы на производимые медицинские услуги не позволяют в полном объеме возместить затраты учреждений здравоохранения.

Блок 4. В здравоохранении Российской Федерации и Хабаровского до 2005 года до настоящего времени отсутствуют единые нормативы материальных затрат на единицу объема медицинской помощи.

Блок 5. В настоящее время в здравоохранении Российской Федерации и Хабаровского отсутствуют единые нормативы трудозатрат на единицу объема медицинской помощи.

Блок 6. В настоящее время в здравоохранении Российской Федерации и Хабаровского края отсутствуют единые целевые показатели, позволяющие оценить эффективность деятельности всей системы здравоохранения и учреждений здравоохранения в зависимости от уровня и видов оказания медицинской помощи.

В Хабаровском крае существующая структура экономической модели здравоохранения характеризуется отсутствием в системе ОМС страховых медицинских организаций, многоканальным финансированием медицинских организаций (бюджет, средства ОМС и платные медицинские услуги), прямым административным управлением медицинскими организациями:



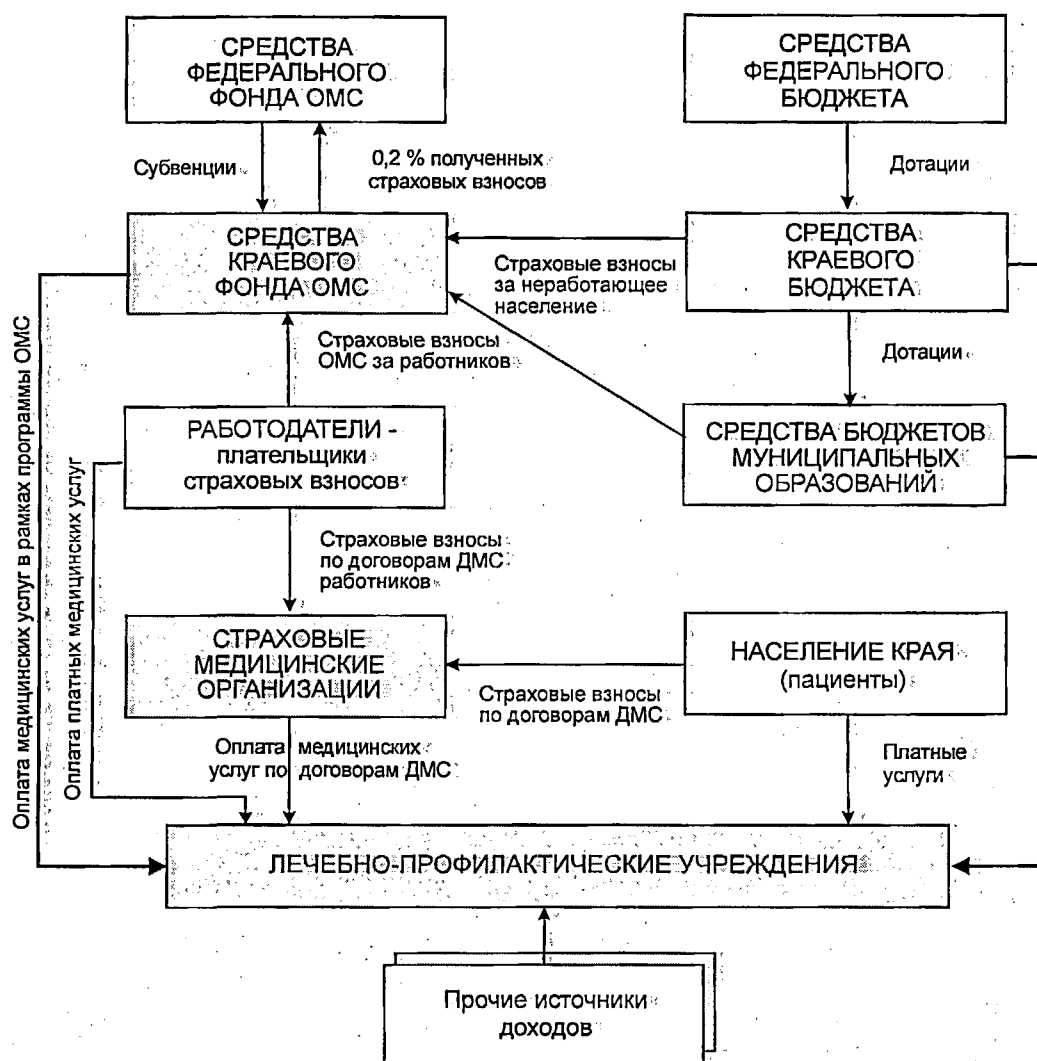


Рисунок 11 – Структура существующей экономической модели здравоохранения

Функцию страховщика в данной модели непосредственно выполняет территориальный фонд обязательного медицинского страхования, что противоречит действию закона Российской Федерации «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации». Выведение страховых медицинских организаций из системы обязательного медицинского страхования и наделение территориальных фондов ОМС правом прямого финансирования учреждений здравоохранения, по сути, сохраняет организацию финансирования здравоохранения в виде бюджетно-распределительной модели.

К основным недостаткам существующей экономической модели здравоохранения следует отнести: сохранение централизованной системы прямо-

го административного управления, ограничение прав руководителей медицинских организаций; отсутствие разграничения функций между покупателем и производителем медицинских услуг; отсутствие конкуренции между производителями и покупателями медицинских услуг; отсутствие у руководителей и работников медицинских организаций экономических стимулов к эффективному использованию ресурсов, повышению качества оказания медицинских услуг; отсутствие у пациента возможности выбрать покупателя и производителя медицинских услуг.

В итоге существующая экономическая модель здравоохранения характеризуется следующими проблемами:

- отсутствием системы стратегического планирования;
- подменой системы стратегического планирования ТПГ;
- унифицированным подходом к планированию объемов медицинской помощи через минимальные социальные стандарты без учета региональных особенностей здоровья населения;
- экстенсивным подходом к планированию структуры здравоохранения;
- отсутствием научно обоснованных нормативов эффективного использования финансовых, материальных и трудовых ресурсов на единицу объема медицинской помощи;
- стоимостными нормативами (тарифами), не позволяющими в полном объеме возместить затраты учреждений здравоохранения;
- отсутствием рыночных механизмов в системе здравоохранения, а также экономической самостоятельности учреждений здравоохранения;
- отсутствием критериев оценки эффективности деятельности системы здравоохранения и субъектов хозяйственной деятельности;
- отсутствием реальных механизмов принятия управленческих решений по повышению эффективности деятельности системы здравоохранения, а также отдельных субъектов хозяйствования;

Отмеченные проблемы определяют основные направления совершенствования экономической модели системы здравоохранения Хабаровского края:

1. Создание системы стратегического планирования на уровне региона. Разработка системы стратегических целей и выбор приоритетов развития здравоохранения.

2. Увязка стратегии развития здравоохранения со стратегией социально-экономического развития региона.

3. Разработка возможных сценариев развития здравоохранения региона с учетом реальной потребности населения в услугах здравоохранения, состояния ресурсной базы и возможностей ее воспроизводства.

4. Переход от экстенсивного к интенсивному пути развития здравоохранения края. Формирование организационной макроструктуры здравоохранения, видов и объемов оказания медицинской помощи населению не от численности населения, а от реального спроса населения на медицинские услуги с учетом региональных и прогноза будущей потребности населения в услугах здравоохранения.

5. Введение в систему обязательного медицинского страхования страховых медицинских организаций. Переход на страховой принцип финансирования учреждений здравоохранения.

6. Совершенствование тарифной политики за счет разработки системы нормативов, рассчитанных, исходя из необходимости полного покрытия затрат учреждений здравоохранения на медицинскую помощь.

7. Создание условий для привлечения дополнительных инвестиций в систему здравоохранения края (программа добровольного медицинского страхования, платные медицинские услуги), в том числе за счет негосударственного сектора здравоохранения. Привлечения населения и организаций к участию в оплате медицинской помощи путем оплаты части страхового взноса, соплатежа в момент потребления медицинских услуг и др.

8. Достижение баланса между объемами оказания медицинской помощи населению и финансовыми возможностями системы здравоохранения.

9. Анализ экономической эффективности деятельности системы здравоохранения.

Предлагаются следующие изменения в существующей структуре экономической модели системы обязательного медицинского страхования края (табл. 21, рис. 12).

Таблица 21 – Предлагаемая инновационная экономическая модель здравоохранения Хабаровского края (расчет сделан на 2005 год)

Наименование блока	Показатели синтетические	Показатели аналитические
1	2	3
<p>Блок 1 – показатели спроса населения на медицинские услуги:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– стационар;</li> <li>– поликлиника;</li> <li>– скорая медицинская помощь.</li> </ul>	<p>Территориальные нормативы объемов медицинской помощи, приведенные в соответствии с показателями здоровья населения края:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– показатели объемов стационарной помощи на 1000 чел.;</li> <li>– показатели объемов амбулаторно-поликлинической помощи на 1000 чел.;</li> <li>– показатели объемов медицинской помощи, предоставляемой в дневных стационарах на 1000 чел.;</li> <li>– показатели объемов скорой медицинской помощи на 1000 чел.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– норматив уровня госпитализации – 187,1 больных;</li> <li>– норматив количества койко-дней – 2010,5 койко-дней;</li> <li>– норматив законченных случаев обслуживания – 3805,7 случаев;</li> </ul> <p>в том числе:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– с целью профилактики – 1132,3 случаев;</li> <li>– по поводу диспансеризации – 409,9 случаев;</li> <li>– лечебно-консультативной помощи – 2263,5 случаев;</li> <li>– норматив посещений – 8754,0 посещений, в том числе: <ul style="list-style-type: none"> <li>– с целью профилактики – 2604,1 посещений;</li> <li>– по поводу диспансеризации – 942,9 посещений;</li> <li>– лечебно-консультативной помощи – 5207,1 посещений;</li> </ul> </li> <li>– норматив кратности посещений на один законченный случай – 2,4 посещения;</li> <li>– норматив количества дней лечения в дневных стационарах, стационарах дневного пребывания и стационарах на дому – 640,6 дней;</li> <li>– норматив количества вызовов скорой медицинской помощи – 329.</li> </ul>
<p>Блок 2 – показатели предложения населения на медицинские услуги:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– стационар;</li> <li>– поликлиника;</li> <li>– скорая медицинская помощь.</li> </ul>	<p>Территориальные нормативы объемов медицинской помощи, приведенные в соответствии с показателями здоровья населения края:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– показатели объемов стационарной помощи на 1000 чел.;</li> <li>– показатели объемов амбулаторно-поликлинической помощи на 1000 чел.;</li> <li>– показатели объемов медицинской помощи, предоставляемой в дневных стационарах на 1000 чел.;</li> <li>– показатели объемов скорой медицинской помощи на 1000 чел.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– норматив уровня госпитализации – 187,1 больных;</li> <li>– норматив количества койко-дней – 2010,5 койко-дней.</li> <li>– норматив законченных случаев обслуживания – 3805,7 случаев;</li> </ul> <p>в том числе:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– с целью профилактики – 1132,3 случаев;</li> <li>– по поводу диспансеризации – 409,9 случаев;</li> <li>– лечебно-консультативной помощи – 2263,5 случаев;</li> <li>– норматив посещений – 8754,0 посещений, в том числе: <ul style="list-style-type: none"> <li>– с целью профилактики – 2604,1 посещений;</li> </ul> </li> </ul>

Продолжение таблицы 21

1	2	3
		<ul style="list-style-type: none"> <li>– по поводу диспансеризации – 942,9 посещений;</li> <li>– лечебно-консультативной помощи – 5207,1 посещений;</li> <li>– норматив кратности посещений на один законченный случай – 2,4 посещения;</li> <li>– норматив количества дней лечения в дневных стационарах, стационарах дневного пребывания и стационарах на дому – 640,6 дней;</li> <li>– норматив количества вызовов скорой медицинской помощи – 329</li> </ul>
<p>Блок 3 – показатели использования финансовых ресурсов:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– стационар;</li> <li>– поликлиника;</li> <li>– дневной стационар;</li> <li>– скорая медицинская помощь</li> </ul>	<p>Территориальные нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи*:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– стационарная помощь из расчета на один койко-день – 902,4 руб.;</li> <li>– амбулаторно-поликлиническая помощь из расчета на одно посещение – 154,1 руб.;</li> <li>– медицинской помощи в дневных стационарах из расчета на один койко-день – 318,5.;</li> <li>– скорая медицинская помощь из расчета на один вызов 1401 руб.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– финансовый норматив на один койко-день в стационаре (средства ОМС) – 694,1 руб.;</li> <li>– финансовый норматив на один койко-день в стационаре (средства консолидированного бюджета) – 863,8 руб.;</li> <li>– финансовый норматив на одно посещение (средства ОМС) – 116,1 руб.;</li> <li>– финансовый норматив на одно посещение (средства консолидированного бюджета) – 158,8 руб.;</li> <li>– финансовый норматив на один койко-день в дневном стационаре (средства ОМС) – 303,3 руб.;</li> <li>– финансовый норматив на один койко-день в дневном стационаре (средства консолидированного бюджета) – 333,3 руб.;</li> <li>– финансовый норматив на один вызов скорой медицинской помощи – 1401 руб.</li> </ul>
<p>Блок 4 – показатели использования материальных ресурсов (оборудование, мягкий инвентарь, медикаменты)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– нормативы затрат материальных ресурсов (оборудование; мягкий инвентарь, медикаменты) по конкретной медицинской услуге из расчета на одну условную единицу трудоемкости (1 УЕТа – 10 мин.);</li> <li>– показатели фондооснащенности;* </li> <li>– показатели фондовооруженности*</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– нормативы затрат оборудования, мягкого инвентаря, медикаментов на один койко-день из расчета на одну условную единицу трудоемкости;</li> <li>– нормативы затрат оборудования, мягкого инвентаря; медикаментов на одного пролеченного больного из расчета на одну условную единицу трудоемкости;</li> <li>– нормативы затрат оборудования, мягкого инвентаря, медикаментов на одно посещение из расчета на одну условную единицу трудоемкости;</li> <li>– нормативы затрат оборудования, мягкого инвентаря, медикаментов на один вызов из расчета на одну условную единицу трудоемкости;</li> </ul>

Окончание таблицы 21

1	2	3
		<ul style="list-style-type: none"> <li>– норматив фондооснащенности медицинских работников на активную часть основных фондов в государственных учреждениях здравоохранения – 160,0 тыс. руб.;</li> <li>– норматив фондооснащенности медицинских работников на активную часть основных фондов в муниципальных учреждениях здравоохранения – 43,0 тыс. руб.;</li> <li>– норматив фондовооруженности медицинских работников на активную часть основных фондов в государственных учреждениях здравоохранения – 150,0 тыс. руб.;</li> <li>– норматив фондовооруженности медицинских работников на активную часть основных фондов в муниципальных учреждениях здравоохранения – 31,0 тыс. руб.</li> </ul>
Блок 5 – показатели использования трудовых ресурсов	нормативы расходов на оплату труда по конкретной медицинской услуге из расчета на одну условную единицу трудоемкости (1УЕТа – 10 мин.)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– нормативы расходов на оплату труда на один койко-день из расчета на одну условную единицу трудоемкости;</li> <li>– нормативы расходов на оплату труда на одного пролеченного больного из расчета на одну условную единицу трудоемкости;</li> <li>– нормативы расходов на оплату труда на одно посещение из расчета на одну условную единицу трудоемкости;</li> <li>– нормативы расходов на оплату труда на один вызов из расчета на одну условную единицу трудоемкости.</li> </ul>
Блок 6 – показатели эффективности деятельности системы здравоохранения	<ul style="list-style-type: none"> <li>– показатели экономической эффективности;</li> <li>– показатели медицинской эффективности;</li> <li>– показатели социальной эффективности</li> </ul>	показатели эффективности использования материальных, финансовых и трудовых ресурсов на один койко-день, пролеченного больного, посещение, вызов

Существенными отличиями предлагаемой структуры инновационной экономической модели здравоохранения от существующей модели заключается в том, что в нее вводятся страховые медицинские организации, которые выполняют функцию страховщика и осуществляют финансирование медицинских организаций. При этом сбор страховых взносов осуществляют тер-

риториальные фонды ОМС, а медицинские услуги, входящие в гарантированный перечень, предоставляются на основании договоров между страховыми медицинскими организациями, страхователями-работодателями (для работающего населения) или органами исполнительной власти края (для неработающего населения) и учреждениями здравоохранения.

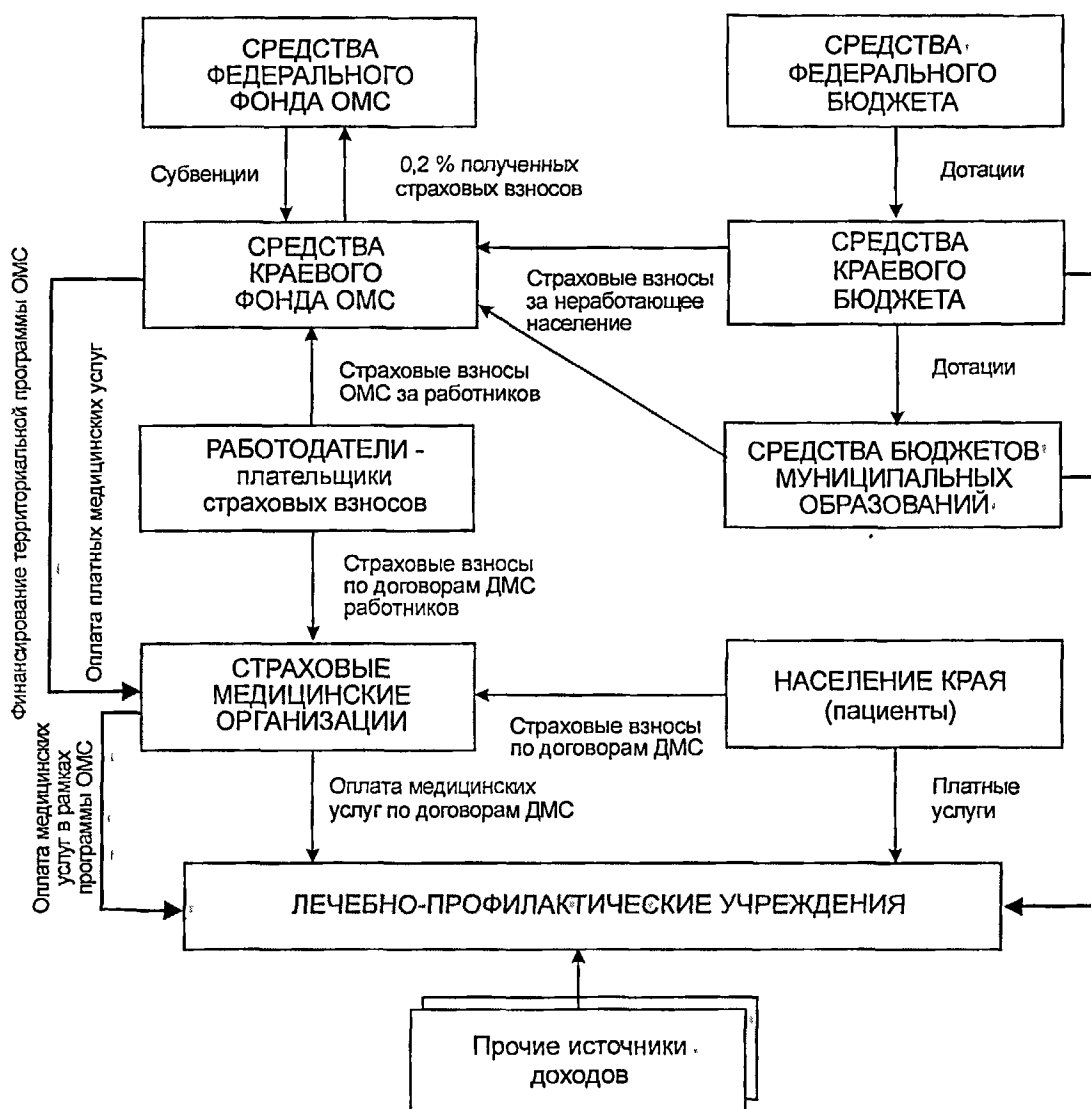


Рисунок 12 – Предлагаемая структура экономической модели Здравоохранения

Предполагается, что реализация предложенной инновационной экономической модели здравоохранения позволит создать эффективную систему здравоохранения, характеризующуюся следующими основными критериями [69]:

1. Доступность медицинской помощи.
2. Эффективность медицинской помощи.

3. Наличие выбора для потребителя медицинских услуг.
4. Защищенность потребителя медицинских услуг.
5. Удовлетворенность потребителя оказанной медицинской помощью.

В разделах 1.2 и 3.2. отражены основные проблемы финансирования системы здравоохранения Российской Федерации и Хабаровского края, в том числе в части, касающейся базовой программы обязательного медицинского страхования. Опыт свидетельствует, что введение страховых механизмов в неподготовленную и неэффективную систему здравоохранения не позволяет в полном объеме реализовать преимущества страховых принципов организации финансирования здравоохранения. В результате за последние 10 лет после принятия закона «Об обязательном медицинском страховании граждан в Российской Федерации» в здравоохранении сохранились прежние принципы организации медицинской помощи населению и содержания сети медицинских учреждений, характерные для бюджетного финансирования, при снижении показателей обеспеченности финансовыми ресурсами, что неизбежно отразилось на качестве оказываемой медицинской помощи населению [20, 39, 129, 128].

Данная ситуация является основанием для дальнейшего реформирования системы обязательного медицинского страхования, в том числе в направлении формирования ее конкурентной модели [146].

Целью модернизации системы ОМС является обеспечение условий устойчивого финансирования учреждений здравоохранения для реализации населению государственных гарантий оказания медицинской помощи. Для достижения поставленной цели предлагается решение следующих задач:

Достижение сбалансированности Базовой программы ОМС по объемам предоставляемой медицинской помощи и финансовым средствам, что позволит учреждениям здравоохранения в полном объеме возместить затраты на производимые медицинские услуги.

Полное выполнение обязательств страхователя неработающего населения.

Увеличение объема финансирования системы обязательного медицинского страхования путем привлечения дополнительных средств за счет внебюджетных фондов, ведомств, расширения практики взаиморасчетов



бюджетных фондов, ведомств, расширения практики взаиморасчетов между территориальными фондами ОМС за оказанные медицинские услуги населению, за счет платных услуг, соплатежей населения.

Обеспечение эффективных механизмов целевого и рационального использования средств всеми субъектами системы здравоохранения.

Модернизация системы обязательного медицинского страхования не исключает участие частных медицинских организаций в обеспечении граждан бесплатной медицинской помощью. С этой целью частные медицинские организации могут включаться в реализацию ТПГГ [41, 134].

Повышение эффективности использования ресурсов здравоохранения, качество оказания медицинской помощи населению во многом зависят от проводимой тарифной политики.

Тарифы являются денежными суммами, определяющими уровень возмещения и состав компенсируемых расходов медицинского учреждения по выполнению территориальной программы обязательного медицинского страхования граждан [87]. К основным направлениям тарифной политики в Хабаровском крае следует отнести:

– одноканальное финансирование с возмещением расходов учреждений здравоохранения в полном объеме с обеспечением их рентабельности (полный тариф). Это соответствует статье 24 закона Российской Федерации «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации», которая гласит о том, что «Тарифы должны обеспечивать рентабельность медицинских учреждений»;

– формирование в системе здравоохранения экономических механизмов, направленных на реструктуризацию сети учреждений здравоохранения, технологическое перевооружение и в конечном итоге повышение качества оказания медицинской помощи населению.

Такой подход обеспечит стимулирование инновационных процессов в здравоохранении края, повысит ее инвестиционную привлекательность.

Составляющими тарифной политики являются:

– цели и задачи, стоящие перед органами управления и учреждениями здравоохранения по развитию системы здравоохранения;

– структура (виды) и объемы медицинских услуг, рассчитанные в соответствии с нормативами оказания медицинской помощи, предусмотренные в ТПГГ;

– стоимость ТПГГ;

– структура тарифа и адекватность возмещения расходов на производимые медицинские услуги в структуре тарифа;

– уровень рентабельности.

Для проведения эффективной тарифной политики необходимо разработать единые требования к системе тарифов. К ним следует отнести: единство объектов оплаты, а также использование нормативного метода ценообразования. В структуру полного тарифа должны входить условно-переменные расходы, непосредственно связанные с медицинскими технологиями и зависящие от численности больных (от объемов) и условно-постоянные расходы, величина которых не зависит от численности больных, а определяется продолжительностью календарного периода. Сочетание объекта тарифной политики (пациент), а также структуры (соотношение условно-переменных и условно-постоянных затрат) и полноты тарифа является основой мотивации и экономического поведения учреждений здравоохранения.

Преобладание в структуре тарифа условно-переменных затрат способствует интенсификации медицинской деятельности и увеличению объемов оказания медицинской помощи, особенно за счет ее дорогостоящих видов. Такой вид деятельности в большей степени соответствует страховому способу финансирования здравоохранения. Наоборот, преобладание в структуре тарифа условно-постоянных затрат способствует наращиванию мощности учреждений за счет расширения штатов, коечной сети, что в наибольшей степени соответствует бюджетному способу финансирования здравоохранения. Следовательно, оптимальным является включение в структуру тарифа и условно-переменных и условно-постоянных расходов при условии полноты возмещения затрат на оказываемые услуги. Решение данной проблемы возможно при условии развития системы стандартизации в здравоохранении, создания стандартов обследования и лечения больных на основе медицинских технологий и нормирования затрат на производимые услуги.

Подобный подход интенсифицирует медицинскую деятельность, формирует у медицинских учреждений мотивацию на эффективное использование ресурсов, повышает качество оказания медицинской помощи населению и увеличивает уровень доходов работников учреждений здравоохранения.

По нашему мнению, модернизация материально-технической базы учреждений здравоохранения края возможна при следующих условиях: обособлении многоуровневой системы оказания медицинской помощи населению с выделением уровней, этапов и видов медицинской помощи населению; инвентаризации основных производственных фондов учреждений здравоохранения, в том числе их активной части; разработке таблиц оснащения учреждений здравоохранения медицинским оборудованием в зависимости от уровня, этапов и видов медицинской помощи; определении норм фондооснащенности и фондовооруженности специалистов учреждений здравоохранения в зависимости от уровня, этапов и видов медицинской помощи; разработке целевой программы по воспроизводству активной части ОПФ в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения; внедрений в деятельность органов управления здравоохранением районов автоматизированной системы по мониторингу за медицинскими изделиями.

В ближайшие годы развитие негосударственного сектора здравоохранения будет развиваться, по нашему мнению, по таким направлениям, как: формирование нормативно-правовой базы, в частности принятие закона «О частной медицинской практике и частной медицинской деятельности»; расширение материально-технической базы негосударственного сектора здравоохранения за счет приватизации части государственных и муниципальных учреждений здравоохранения, а также открытия новых учреждений; усиление контроля со стороны государства за деятельностью негосударственных учреждений здравоохранения в части соблюдения нормативно-правовой базы, формирования тарифов на медицинские услуги и качества медицинской помощи; уменьшение объема платных медицинских услуг, оказываемых в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения; формирование конкурентных отношений между государственным и негосударственным секторами здравоохранения.

Кадровое обеспечение здравоохранения Хабаровского края необходимо решать в соответствии с кадровой политикой, которая включает в себя планирование и оптимизация численности и структуры кадров, совершенствование подготовки кадров и управление трудовыми ресурсами здравоохранения.

Основные концептуальные задачи по реализации кадровой политики в здравоохранении края состоят в следующем:

1. Обеспечение дальнейшего развития комплексной системы планирования кадровых ресурсов с учетом структуры потребности отрасли, их рационального размещения и эффективного использования.

2. Повышение профессионального уровня работников здравоохранения на основе дальнейшего развития системы непрерывного образования, совершенствования системы государственных образовательных стандартов подготовки специалистов.

3. Повышение уровня жизни работников здравоохранения, приведение системы оплаты труда в зависимость от достигнутых результатов труда.

4. Обеспечение правовой и социальной защиты работника отрасли, развитие государственного и социального страхования; повышение эффективности мероприятий по охране труда.

Повышение значимости среднего медицинского персонала в оказании медицинской и медико-социальной помощи, в организации и управлении сестринским делом требует принятия мер по совершенствованию подготовки специалистов со средним профессиональным образованием, по развитию новых организационных форм и технологий сестринской помощи населению, правовому регулированию сестринской деятельности.

Таким образом, реализация поставленных задач по подготовке кадров должна обеспечить оптимальный баланс процессов обновления и сохранения количественного и качественного состава работников отрасли, развитие кадровых ресурсов в соответствии с потребностями практического здравоохранения, требованиями действующего законодательства и состоянием рынка труда.

На основании методики, представленной в разделе 2.3, нами проведен анализ экономической эффективности здравоохранения за 2004 год. Исходные данные для расчета:

1. Объем валового регионального продукта – 140146800,0 тыс руб.
2. Численность экономически активного населения, занятого в производстве – 737,0 тыс чел.
3. Общее количество дней временной нетрудоспособности, обусловленной заболеваемостью населения (данные фонда социального страхования) - 4433292 дней.
4. Средняя продолжительность одного случая заболевания с временной нетрудоспособностью – 15,2 дней.
5. Стоимость одного дня заболевания с временной утратой трудоспособности (данные фонда социального страхования) – 0,186 тыс. руб.
6. Среднегодовая численность лиц трудоспособного возраста, впервые получившие в 2004 году 1, 2 и 3 группу инвалидности – 10687 человек.
7. Средний размер пенсии по инвалидности – 1786,1 руб.
8. Средний возраст инвалидов трудоспособного возраста: мужчины – 43 года, женщины – 42 года.
9. Число лиц, умерших в трудоспособном возрасте: мужского пола - 7380; женского пола - 1954.
10. Средний возраст лиц, умерших в трудоспособном возрасте: мужчины – 45 лет, женщины – 43 года.

Расчет прямых затрат на здравоохранение:

$$U_1 = Z_{б-т} + Z_{фомс} + ПУ + Z_{сс} + Z_{сз}, \quad (12)$$

где  $Z_{б-т}$  – средства консолидированного бюджета (краевой, муниципальный), тыс. руб.;

$Z_{фомс}$  – средства ХКФОМС, тыс. руб.;

ПУ – платные услуги, тыс. руб.;

$Z_{сс}$  – затраты по социальному страхованию, тыс. руб.;

$Z_{сз}$  – затраты по линии социальной защиты населения, тыс. руб.

В итоге общий объем затрат на здравоохранение в 2004 году составил:

$$U_1 = 3326400,0 + 2649500,0 + 824592,3 + 229056,6 = 7029548,9 \text{ тыс. руб.}$$

Численность лиц трудоспособного возраста, вернувшихся после случаев заболевания на производство, определяется по следующей формуле:

$$N_{\text{тр}} = N_{\text{вн}} - N_{\text{и}} - N_{\text{у}}, \quad (13)$$

где  $N_{\text{тр}}$  – число лиц трудоспособного возраста, вернувшихся после случаев заболевания на производство;

$N_{\text{вн}}$  – число лиц с временной нетрудоспособностью (определяется как отношение количества дней временной нетрудоспособности к средней продолжительности одного случая временной нетрудоспособности);

$N_{\text{и}}$  – число лиц, у которых в текущем году наступила стойкая утрата трудоспособности;

$N_{\text{у}}$  – число лиц, умерших в текущем году в трудоспособном возрасте.

$$N_{\text{тр}} = 291664 - 10687 - 9334 = 271643 \text{ чел.}$$

Объем валового регионального продукта, произведенного одним занятым на производстве человеком в год, определяется по следующей формуле.

$$U_{\text{ВРП/чел}} = \frac{VPR}{N_{\text{эаз}}}, \quad (14)$$

где  $U_{\text{ВРП/чел}}$  – объем валового регионального продукта, произведенного одним занятым на производстве человеком в год (тыс. руб.);

$N_{\text{эаз}}$  – численность экономически активного населения, занятого на производстве.

$$U_{\text{ВРП/чел}} = 140146800,0 : 737000 = 190,2 \text{ тыс. руб.}$$

Определяется объем валового регионального продукта, который способны произвести лица, вернувшиеся после выздоровления на производство:

$$U_{\text{ВРП}} = U_{\text{ВРП/чел}} \cdot N_{\text{тр}} \quad (15)$$

$$\text{или } U_{\text{ВРП}} = 190,2 \text{ тыс. руб.} \cdot 271643 \text{ чел.} = 51666498 \text{ тыс. руб.}$$

Отношение между объемом валового регионального продукта, произведенного лицами, которые вернулись после выздоровления на производство, к затратам на здравоохранение определяется показатель эффективности работы здравоохранения.

$$K_{ef} = \frac{51666498,6}{7029548,9} = 7,34$$

Полученные данные свидетельствуют о том, что на 1 рубль средств, вложенных в здравоохранение, произведено 7,34 рубля валового внутреннего (регионального) продукта за счет лиц, вернувшихся на производство после заболевания.

Представленные расчеты позволяют провести оценку эффективности работы системы здравоохранения, а также ранжирование эффективности деятельности здравоохранения между субъектами Федерации, а также различными уровнями управления (федеральный, региональный, муниципальный).

Таким образом, здравоохранение представляет собой медико-производственный комплекс. Потребляя экономические ресурсы, здравоохранение производит услуги, которые способствуют воспроизводству трудовых ресурсов, как элемента производительных сил общества. В свою очередь общественное производство является источником ресурсов для здравоохранения. В современных условиях инновационный подход является основой дальнейшего развития здравоохранения.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Инновационное развитие здравоохранения Хабаровского края является составной частью стратегии социально-экономического развития региона.

Целью инновационного развития здравоохранения Хабаровского края является создание условий для эффективного развития отрасли, а также повышение качества оказания медицинской помощи населению, направленное на сохранение его здоровья.

Здоровье населения является важнейшим экономическим ресурсом, составной частью производительных сил общества. Качество здоровья определяет качество трудовых ресурсов, качество трудового потенциала и в конечном итоге качество человеческого капитала.

Демографические процессы в Хабаровском крае характеризуются уменьшением общей численности жителей, формированием регрессирующего типа развития населения, его «старением», существенным падением рождаемости и, наоборот, ростом смертности, особенно среди лиц в трудоспособном возрасте, а также значительным сокращением средней ожидаемой продолжительности жизни населения.

Прогноз развития объемов спроса населения на медицинские услуги до 2010 года при прочих равных условиях свидетельствует о том, что по сравнению с 2002 годом объемы стационарной помощи уменьшатся на 8%, амбулаторно-поликлинической – на 6%, скорой медицинской помощи – на 8%, а по сравнению с 1992 годом – соответственно на 26, 20 и 32%. Это неизбежно окажет влияние на развитие организационной макроструктуры здравоохранения края, развитие его ресурсной и производственной базы.

Здравоохранение Хабаровского края характеризуется существенными структурными диспропорциями в отрасли. В 2004 году в структуре расходов по видам медицинской помощи в рамках Территориальной программы государственных гарантий затраты на дорогостоящую стационарную помощь составили 63,8%, в РФ – 60% (оптимальный уровень – до 50%); затраты на ам-



булаторно-поликлиническую помощь составили 26,6%, в РФ – 31,3% (оптимальный уровень – до 35-40%). Ресурсное обеспечение системы здравоохранения края характеризуется сохраняющимся дефицитом ТППГ (2002 год – 23%, 2003 год – 18,2%, 2004 год – 8,4%), высоким уровнем износа основных фондов учреждений здравоохранения, в том числе их активной части, который на 01.01.2005 года в государственных учреждениях здравоохранения составил 34% (активная часть – 51%), в муниципальных учреждениях здравоохранения – 50% (активная часть – 64%) и низкой обеспеченностью медицинскими кадрами, особенно в сельских и отдаленных районах края.

Существующая экономическая модель здравоохранения Хабаровского края не позволяет уравновесить спрос и предложение на медицинские услуги, возместить в полном объеме затраты на производственную деятельность, оценить взаимосвязь между уровнем затрат финансовых, материальных и трудовых ресурсов, с одной стороны, качеством и эффективностью производимых медицинских услуг, с другой стороны, а также оценить экономическую эффективность как всей системы здравоохранения, так и отдельных хозяйствующих субъектов.

Основными слагающими инновационного подхода к управлению ресурсами здравоохранения на уровне субъекта Федерации являются проектный менеджмент – как комплексное, ограниченное по времени, бюджету и ресурсам мероприятие, направленное на достижение цели или системы целей; бюджетирование – как процесс регулярного планирования, учета, контроля и анализа финансово-экономического состояния, нацеленного на достижение результата; интегральная оценка и аудит эффективности деятельности системы здравоохранения и учреждений здравоохранения.

Перспектива инновационного развития здравоохранения края основана на страховой модели с модернизацией системы обязательного медицинского страхования. Приоритетами стратегии эффективного развития здравоохранения до 2010 года являются достижение баланса ТППГ между ее объемами и ресурсным обеспечением, структурная перестройка здравоохранения края, воспроизводство основных фондов учреждений здравоохранения и в первую

очередь их активной части, привлечение инвестиций в здравоохранение края, расширение организационно-правовых форм медицинских организаций, повышение эффективности использования ресурсов, разработка нормативов (стандартов) обеспечения материальными и финансовыми ресурсами, внедрение экономических методов управления отраслью.

Основным содержанием инновационного развития системы здравоохранения Хабаровского края является создание системы стратегического планирования; увязка стратегии развития здравоохранения со стратегией социально-экономического развития региона; разработка возможных сценариев развития здравоохранения региона с учетом потребности населения в услугах здравоохранения, состояния ресурсной базы здравоохранения и возможностей ее воспроизводства; формирование видов и объемов оказания медицинской помощи населению с учетом региональных особенностей (демографических, показателей здоровья населения) и прогноза будущей потребности населения в услугах здравоохранения; достижение баланса между объемами оказания медицинской помощи населению и финансовыми возможностями системы здравоохранения; разработка системы финансовых нормативов, позволяющих в полном объеме восполнить затраты учреждений на медицинскую деятельность; выбор единого объекта оплаты медицинских услуг; привлечение дополнительных инвестиций в здравоохранение через программу добровольного медицинского страхования и платные медицинские услуги; анализ экономической эффективности деятельности системы здравоохранения.

Основными принципами финансирования здравоохранения на уровне субъекта Федерации являются: переход на страховой принцип финансирования отрасли; нормативный принцип финансирования здравоохранения; одноканальное финансирование учреждений здравоохранения с возмещением всех затрат (полный тариф) через систему обязательного медицинского страхования; оплата планируемых объемов медицинской помощи на основе заказов-заданий.

## БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Автономов В.С. Человек в зеркале экономической теории. – М., 1993. – 256 с.
2. Айрапетова А.Г. Формирование системы ресурсосбережения: теоретико-методологические аспекты. – СПб.: Изд-во СПбГУЗФ, 1999. – 150 с.
3. Акопян А.С., Кузьмина Н.Б., Шиленко Ю.В. Методы анализа экономической эффективности лечебно-профилактических организаций // Экономика здравоохранения. – 1999. – №5/6. – С. 49–54.
4. Актуальные вопросы организации здравоохранения и обязательного медицинского страхования в современных социально-экономических условиях / В.И. Стародубов, А.М. Таранов, В.Л. Гончаренко и др. – М., 1999. – 35 с.
5. Анохин Л.В., Коновалов О.Е., Рубцов С.Н. Здоровье как конкурентоспособный товар на рынке труда // Экономика здравоохранения. – 2002. – № 11. – С. 29–30.
6. Архангельская Е.Ф., Демидов Н.А. Проблемы здоровья и здравоохранения // Здравоохранение Российской Федерации. – 1997. – № 4. – С. 23–25. Барнум Г.Е., Потапчук Е.В., Черниховский Д.К. Финансирование здравоохранения в России. – М., 1993. – 268 с.
8. Бовин А.А., Чередникова Л.Е., Якимович В.А. Управление инновациями в организациях. – М.: Омега-Л, 2006. – 415 с.
9. Большой коммерческий словарь / Под ред. Т.Ф. Рябовой. – М.: Ред. «Война и мир», 1996. – 400 с.
10. Большой экономический словарь / Под ред. А.Н. Азриляна. 2-е изд. доп. и перераб. – М.: Институт новой экономики, 1997. – 864 с.
11. Бояринцев В.И., Гладышев А.А. Экономика здоровья населения. – М.: ТЕИС, 2001. – 102 с.

12. Брюханова Н.В., Фадейкина Н.В. Финансовое планирование и бюджетирование инвестиционной деятельности организации / Под общ. ред. проф. Н.В. Фадейкиной. – Новосибирск: СИФБД, 2004. – 120 с.
13. Бюджетный кодекс Российской Федерации: Федеральный закон РФ от 31.07.98 г. № 145-ФЗ (ред. от 02.02.06 г.).
14. Вишневский А.Г. Демографический потенциал здоровья // Вопросы экономики. – 1998. – № 5. – С. 103–122.
15. Власов В.В. Медицина в условиях дефицита ресурсов. – М.: Триумф, 2000. – 447 с.
16. Воропаев В.И. Управление проектами в России. – М.: Аланс, 1995. – 224 с.
17. Вялков А.И. Искать новое – не значит отвергать пройденное // Медицинская газета, 2001. – № 22. – С. 8.
18. Вялков А.И. О необходимости внедрения новых экономических моделей в здравоохранении // Экономика здравоохранения. – 2002. – № 1. – С. 5–11.
19. Вялков А.И. Теоретическое обоснование и разработка основ региональной политики в здравоохранении: Автореф. дис. ... д-р мед. наук. – М., 1999. – 44 с.
20. Вялков А.И., Райзберг Б.А., Шиленко Ю.В. Управление и экономика здравоохранения / Под ред. А.И. Вялкова. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002. – 328 с.
21. Гайворонский В.С., Карпова Г.А., Максимова Т.Г. Стратегический анализ развития региональных медико-социальных систем. – СПб.: СПбГУ-ЭФ, 2000. – 111 с.
22. Генкин Б.М. Эффективность труда и качество жизни. – СПб., 1997. – 112 с.
23. Герасименко Н.Ф. Негосударственный сектор здравоохранения: социально-экономические и медико-правовые аспекты // Экономика здравоохранения. – 2002. – № 5/6. – С. 8–12.

24. Голухов Г.Н. Больница XXI века: антипатерналистский подход (профессиональная концепция) // Экономика здравоохранения, 1998. – № 6. – С. 33–35.
25. Гончаренко В.Л., Кадыров Ф.Н. О соотношении административных и экономических методов управления в здравоохранении // Экономика здравоохранения. – 1998. – №4/5 (29). – С. 11–14.
26. Гончаренко В.Л., Шиляев Д.Р., Шуралева С.В. Стратегия здоровья для всех в Российской Федерации // Здравоохранение. – 2000. – № 1. – С. 11–24.
27. Грашина М., Дункан В. Основы управления проектами. – СПб.: Питер, 2006. – 208 с.
28. Гурдус В.О. Медицинское страхование в России: проблемы и перспективы // Менеджер здравоохранения, 2004. – № 5. – С. 12–15.
29. Данишевский Д.М. Наиболее вероятные объяснения беспрецедентного повышения смертности населения бывших республик СССР // Экономика здравоохранения. – 2000. – № 8/47. – С. 5–9.
30. Денисов В.Н., Бабенко А.И. Методология стратегического планирования в здравоохранении. – Новосибирск: ЦЭРИС, 2001. – 353 с.
31. Донин В.М., Маркова О.П. Конкуренция в Российском здравоохранении: платная и бесплатная медицина // Менеджер здравоохранения, 2005. – № 7. – С. 4–12.
32. Жаркович Г., Затцингер В., Милк А. и др. Вопросы политики в области здравоохранения в бывших социалистических странах // Стратегии улучшения систем в бывших социалистических странах. – М.: Федеральный фонд ОМС. – 1998. – 424 с.
33. Иванов В.Н., Мальцев В.А., Патрушев В.И. Ресурсы региона: инновационные технологии реализации. Концептуально-технологическое обновление проекта. – М. – Н.Новгород: Изд-во Волго-Вятской академии государственной службы, 1995. – 178 с.

34. Игнатенко А.В. Сущность и значение социальной политики и социальной рыночной экономики при управлении сферой услуг здравоохранения. – СПб: СПбГУЭФ, 2001. – 18 с.
35. Инновации: теория, механизм, государственное регулирование: Учеб. пособие / Под ред. Ю.В. Яковца. – М.: РАГС, 2000. – 237 с.
36. Инновационный менеджмент: Учебник // Под ред. В.А. Швандара, В.Я. Горфинкеля. – М.: Вузовский учебник, 2006. – 382 с.
37. Исследование операций в экономике: Учеб. пособие для вузов / Под ред. Н.Ш. Кремера. – М.: ЮНИТИ, 1997. – 407 с.
38. Ишаев В.И. Россия в глобальном мире. – Хабаровск: Институт экономических исследований ДВО РАН, 2003. – 368 с.
39. Кадыров Ф.Н. Методологические основы перехода к новой системе планирования // Экономика здравоохранения. – 1999. – № 5. – С. 38–44.
40. Кадыров Ф.Н. Обязательное медицинское страхование: системные противоречия и проблемы реализации выбранной модели // Экономика здравоохранения. – 2003. – № 4. – С. 41–51.
41. Кадыров Ф.Н. Проблемы участия частных медицинских организаций в обеспечении населения бесплатной медицинской помощью // Менеджер здравоохранения. – 2004. – № 2. – С. 11–14.
42. Кадыров Ф.Н. Экономический анализ и планирование деятельности медицинских учреждений: Трудовые показатели. Производственная деятельность. Финансовое состояние. Составление смет. – М.: Международный центр финансово-экономического развития, 1999. – 198 с.
43. Карпов А.Е. Бюджетирование как инструмент управления: Книга 1. – М.: Результат и качество, 2005. – 400 с.
44. Карпов А.Е. Регламент системы бюджетирования: Книга 2. – М.: Результат и качество, 2005. – 464 с.
45. Киселев С.В., Салыхова Л.Я., Клименко В.Е. Экономические проблемы реформирования отечественного здравоохранения // Экономика здравоохранения. – 2002. – № 9-10. – С. 8–10.

46. Кобяцкая Е.Е. Поиск эффективных организационно-экономических форм в здравоохранении // Здравоохранение. – 1998. – № 10. – С. 35–38.
47. Комаров Ю.М. Зловещие клещи // Медицинская газета. – 1997. – № 36. – С. 3.
48. Комаров Ю.М. О системе управления здоровьем // Российский медицинский журнал, 1992. – № 3. – С. 55–57.
49. Комплексное планирование и финансовое нормирование в системе оказания медицинской помощи населению субъекта Российской Федерации в рамках Территориальной программы / Под ред. А.М. Таранова, Н.А. Кравченко. – М.: Бимпа, 2000. – 344 с.
50. Конкуренентоспособность регионального управления / О.Н. Дунаев, И.В. Ершова, Е.Ю. Кузнецова: Под ред. О.Н. Дунаева. – Екатеринбург: Изд-во ИПК УГТУ, 1999. – 102 с.
51. Концепция развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации: Сборник законодательных актов и нормативных документов. – М.: Федеральный фонд ОМС, 1998. – Т. 6. – С. 58–74.
52. Кораблев В.Н. Анализ состояния и эффективности использования ресурсов в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения Хабаровского края // Власть и управление на Востоке России. – 2004. – № 4. – С. 22–27.
53. Кораблев В.Н. Здоровье человека – как экономический ресурс // Проблемы развития медицинской реабилитации на Дальнем Востоке: Сб. XIII научн.-практ. конф. – Хабаровск, 2003. – С. 14–17.
54. Кораблев В.Н. Здоровью населению – государственную заботу // Власть и управление на Востоке России. – 2000. – № 1. – С. 49–56.
55. Кораблев В.Н. Здравоохранение – как отрасль экономики // Социальная политика в Дальневосточном регионе: Сб. межрегиональной научн.-практ. конф. – Хабаровск, 2001. – С. 70–75.

56. Кораблев В.Н. Комплексный подход к проблеме воспроизводства здоровья населения на уровне региона // Власть и управление на Востоке России. – 2004. – № 3. – С. 48–52.
57. Кораблев В.Н. Концепция спроса и предложения на рынке здравоохранения // Здравоохранение Дальнего Востока. – 2003. – № 5.
58. Кораблев В.Н. Методика проведения аудита эффективности использования ресурсов в учреждениях здравоохранения на уровне субъекта Федерации: Методические рекомендации. – Хабаровск, 2006. – 28 с.
59. Кораблев В.Н. Оценка состояния и эффективности использования основных производственных фондов в учреждениях здравоохранения // Экономика здравоохранения. – 2004. – № 10. – С. 22–26.
60. Кораблев В.Н. Прогноз развития материально-технической базы учреждений здравоохранения Хабаровского края // Экономика здравоохранения: – 2004. – № 9. – С. 31–33.
61. Кораблев В.Н. Региональное управление здоровьем населения // Проблемы управления в условиях реформирования экономики: Сб. науч.-практ. конф. – Хабаровск, 1998. – С. 198–200.
62. Кораблев В.Н. Содержание экономического анализа в здравоохранении // Экономика здравоохранения. – 2002. – № 4. – С. 5–8.
63. Кораблев В.Н. Теневой рынок в здравоохранении // Здравоохранение Дальнего Востока. – 2003. – № 6. – С. 46–48.
64. Кораблев В.Н. Экономический анализ в учреждениях здравоохранения стационарного типа // Экономика здравоохранения. – 2002. – № 11. – С. 17–19.
65. Кораблев В.Н. Экономический анализ и планирование в здравоохранении: – Хабаровск, 2001. – 179 с.
66. Кораблев В.Н., Корниенко Л.А., Мунгалова Е.В., Топалов К.П. Проблемы прогнозирования в здравоохранении // Дальневосточный медицинский журнал. – 1998. – № 3. – С. 68–70.
67. Кораблев В.Н., Ратманов П.Э. Методика интегральной оценки деятельности системы здравоохранения и учреждений здравоохранения: Ме-



тодические рекомендации для специалистов здравоохранения. – Хабаровск, 2006. – 113 с.

68. Кораблев В.Н., Савкова В.М., Тропникова В.Е. Стратегия эффективного использования ресурсов здравоохранения региона. – Хабаровск, 2004. – 128 с.

69. Кравченко Н.А. Проблемы методологии прогнозирования потребности в ресурсах здравоохранения в условиях перехода экономики к рынку // Экономика здравоохранения. – 1996. – № 3. – С. 12–18.

70. Кравченко Н.А., Поляков И.В. Научное обоснование методологии прогнозирования ресурсного обеспечения здравоохранения России. – М.: Федеральный фонд ОМС, 1998. – 391 с.

71. Критский М.М. Человеческий капитал. – Л., 1991. – 206 с.

72. Кузьменко М.М., Баранов В.В., Шиленко Ю.В. Здравоохранение в условиях рыночной экономики. – М.: Медицина, 1994. – 298 с.

73. Курков А.Н. Общественное здоровье – государственный ресурс: Краткий аналитический обзор проблемы // Проблемы управления здравоохранением. – 2002. – № 2. – С. 29–33.

74. Курманова Л.В. Опыт зарубежных стран в развитии здравоохранения в условиях рынка (проблемы финансирования) // Проблемы управления здравоохранением. – 2002. – № 2. – С. 34–38.

75. Курс для высшего управленческого персонала: Пер. с англ. – М.: Экономика, 1970. – 807 с.

76. Кучеренко В.З., Данишевский К.Д. Наиболее известные системы здравоохранения развитых стран // Экономика здравоохранения. – 2000. – № 7. – С. 5–12.

77. Маркова О.П., Донин В.М., Карнаух Д.И. К проблеме финансовой обеспеченности базовой программы ОМС в Российской Федерации // Менеджер здравоохранения. – 2006. – № 2. – С. 12–19.

78. Маркс К. Наемный труд и капитал. – М.: Политиздат, 1983. – 46 с.

79. Маршалл А. Принципы политической экономии: Пер. с англ. – М.: Прогресс, 1983. – Т. 1. – 416 с.

80. Менгер К. Основания политической экономии. Введение и критический обзор: Пер. с нем. – Одесса, 1903. – 278 с.

81. Методика проведения аудита эффективности использования государственных ресурсов на оказание гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, предоставляемой в соответствии с требованиями статьи 41 Конституции Российской Федерации (Утверждена Коллегией Счетной палаты РФ (протокол от 09.07.2004 №25)) // Менеджер здравоохранения, 2005. – № 11. – С. 71–79.

82. Методические рекомендации по порядку формирования и экономического обоснования территориальных программ государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи. Утверждены министерством здравоохранения Российской Федерации и Федеральным фондом обязательного медицинского страхования от 28.08.01 г. № 2510/9257-01-34 и № 31-59/40-1 по согласованию с министерством финансов Российской Федерации № 12-03-03.

83. Московский А.Ю., Рожков А.Г. Экономика здравоохранения. – Омск: ИПК «Омич», 1995. – 203 с.

84. Назарова И.Б. Реформы охраны здоровья // Здоровье и здравоохранение в условиях рыночной экономики. – М.: Изд-во института социологии РАН, 2000. – С. 5–17.

85. Накатис А.Я., Титов В.В. Структура управления и процесс планирования деятельности медицинских организаций. // Экономика здравоохранения. – 1998. – 4/5 (29). – С. 18–20.

86. О концепции кадровой политики в здравоохранении Российской Федерации: Приказ министерства здравоохранения Российской Федерации от 03.07.02 г. № 210.

87. О медицинском страховании граждан в Российской Федерации: Закон Российской Федерации от 28.06.91 г. № 1499-1 (ред. от 29.05.02 г.).

88. О мерах по повышению результативности бюджетных расходов: Постановление Правительства Российской Федерации от 22.05.04 г. №249 (Изм. от 23.12.04 г.).

89. О Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи: Постановление Правительства Российской Федерации от 26.11.04 г. № 690.

90. О программе социальных реформ в Российской Федерации на период 1996-2000 годов: Постановление Правительства Российской Федерации от 26.02.97 г. № 222.

91. О расчетах тарифов на медицинские и иные услуги в системе обязательного медицинского страхования: Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 14.06.94 г. № 16.

92. О ситуации со смертностью населения трудоспособного возраста в Хабаровском крае: Аналитическая записка / Хабаровский краевой комитет госстатистики. – Хабаровск, 2005. – 15 с.

93. О социальных нормативах и нормах: Распоряжение Правительства Российской Федерации от 03.07.96 г. № 1063-р.

94. О ходе выполнения постановления Губернатора Хабаровского края от 09 января 2002 г. № 6 «Об основных направлениях развития здравоохранения Хабаровского края на 2002-2005 годы» и мерах по дальнейшему развитию здравоохранения края на 2006-2010 годы: Постановление Правительства Хабаровского края от 25.07.05 г. № 86-пр.

95. Об утверждении программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи: Постановление правительства Российской Федерации от 11.09.98 г. № 1096.

96. Об утверждении тарифов на медицинские услуги на 2004 год: Решение Краевой комиссии по тарификации медицинских услуг от 23.04.04 г. № 3 (изм. от 07.07.04 г.).

97. Основные показатели социально-экономического положения регионов Дальневосточного федерального округа в январе-декабре 2004 года // Статистический бюллетень (Хабаровск). – 2004. – № 12. – 165 с.

98. Основы инноватики / Под ред. Н.З. Султанова. – Оренбург: ОГУ, 2000. – 172 с.

99. Панькова О.В. Финансово-кредитный механизм инновационной деятельности в государственном секторе науки: Дис. ... канд. экон. наук: 08.00.10. – Томск, 2004. – 166 с.

100. Парсонейдж М. Реформа национальной системы здравоохранения Великобритании // Экономические проблемы реформирования здравоохранения. – М., 1991. – С. 83–91.

101. Пирогов М.В. Организационно-экономическое управление здравоохранением субъекта Федерации // Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Владивосток, 2000. – 26 с.

102. Повысить ценность человеческой жизни. Интервью Председателя Совета Федерации С. Миронова // Медицинская газета, 2006. – № 30. – С. 4.

103. Попов М.А., Михайлова П.И. Здоровье как социальная ценность // Философские и социально-гигиенические аспекты учения о здоровье и болезни. – М.: «Медицина», 1975. – С. 50–54.

104. Правовые основы здравоохранения в России / Ю.Л. Шевченко, А.П. Мухин, О.В. Леонтьев и др.: Под ред. Ю.Л. Шевченко. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЗОТАР-МЕД, 2000. – 211 с.

105. Путин М.Е. Планирование и повышение эффективности деятельности бюджетных медицинских организаций // Экономика здравоохранения, 2002. – № 3. – С. 14–18.

106. Райс Д.А. Преобразование системы здравоохранения в США в контексте мирового процесса реформ // Материалы к Московскому международному семинару «Роль медицинского страхования в реформе здравоохранения». – М., 1998. – 28 с.

107. Региональное здравоохранение России: пути формирования и развития / О.П. Щепин, В.Б. Филатов, Я.Д. Погорелов, В.С. Нечаев. – Социальная гигиена и история медицины. – 1999. – № 1. – С. 3–12.

108. Решетников А.В. Критерии и показатели оценки социально-экономической эффективности управления финансовыми ресурсами системы ОМС // Экономика здравоохранения. – 2002. – № 11. – С. 25–28.

109. Решетников А.В., Ефименко С.А. Социально-экономический анализ региональной системы ОМС // Экономика здравоохранения. – 1999. – № 2/3(36). – С. 36–39.
110. Ричардсон М. Задачи управления в области здравоохранения // Управление в здравоохранении России и США (опыт и проблемы): Пер. с англ. – Новосибирск, 1997. – С. 6–19.
111. Россия и страны мира: Стат. сб. / Госкомстат России. – М.: 1998. – С. 75–76.
112. Рябушкин Т.В., Бедный М.С., Волков А.Г. Трудовые ресурсы и здоровье населения. – М.: Наука, 1986. – С. 111–134.
113. Савкова В.М., Кораблев В.Н. Технология ресурсосбережения в здравоохранении региона. – Хабаровск: Изд-во «РИОТИП» краевой типографии, 2003. – 144 с.
114. Савкова В.М., Кораблев В.Н., Тропникова В.Е. Оценка состояния и эффективность использования ресурсов здравоохранения: Методические рекомендации. – Хабаровск, 2002. – 90 с.
115. Савкова В.М., Писарева Л.В., Кораблев В.Н. Проблемы рационального ресурсопотребления в здравоохранении региона // Здравоохранение Дальнего Востока. – 2002. – № 1. – С. 51–55.
116. Салтман Р.Б., Фигейрас Дж. Реформы здравоохранения в Европе. Анализ современных стратегий: Пер. с англ. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2000. – 432 с.
117. Самочкин В.Н., Калюкин А.А., Тимофеева О.А., Захаров Р.А. Учет риска при принятии управленческих решений на этапе формирования бюджета // Менеджмент в России и за рубежом. – 2000. – № 3. – С. 52–58.
118. Селезнев В.Д., Поляков И.В. Экономические основы воспроизводства здоровья населения в условиях переходной экономики. – СПб., 1996. – 78 с.
119. Семенов В.Ю., Гришин В.В. Опыт реформирования здравоохранения в зарубежных странах. – М.: Фирма «Айс», 1997. – 252 с.
120. Сибурина Т.А. Страхование здоровья за рубежом. – М., 1992. – 43 с.

121. Слепнев А.А., Шейман И.М., Шишкин С.В. Модернизация системы здравоохранения: поиск решений // Менеджер здравоохранения. – 2004. – № 11. – С. 4–13.
122. Смирнов И.Н. Здоровье человека: новые условия – новые требования // Общественные науки и здравоохранение. – М.: Наука, 1987. – С. 17–32.
123. Стародубов В.И. Прогноз развития систем здравоохранения Российской Федерации // Менеджер здравоохранения. – 2004. – № 1. – С. 4–10.
124. Стародубов В.И., Путин М.Е., Пачин М.В., Преображенская В.С. Ресурсная база лечебно-профилактических учреждений: анализ состояния и развития // Менеджер здравоохранения. – 2004. – № 3. – С. 64–79.
125. Стародубов В.И., Ступаков И.Н., Самородская И.В. Факторы, влияющие на показатели и оценку состояния общественного здоровья и здравоохранения: Часть 1 // Менеджер здравоохранения. – 2005. – № 10. – С. 34–44.
126. Стародубов В.И., Ступаков И.Н., Самородская И.В. Факторы, влияющие на показатели и оценку состояния общественного здоровья и здравоохранения: Часть 2 // Менеджер здравоохранения. – 2005. – № 11. – С. 37–46.
127. Стародубов В.И., Хальфин Р.А. Обоснование необходимости повышения структурной эффективности отрасли здравоохранения // Менеджер здравоохранения. – 2004. – № 6. – С. 4–9.
128. Таранов А.М. Основные итоги деятельности системы ОМС за 2002 год. Проблемы качества медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования // Здравоохранение. – 2003. – № 6. – С. 43–48.
129. Таранов А.М. Проблемы и перспективы развития системы ОМС в Российской Федерации // Экономика здравоохранения. – 1999. – № 12. – С. 12–14.
130. Твисс Б. Управление научно-техническими нововведениями / Пер. с англ. – М.: Экономика, 1989. – 271 с.
131. Тедеев А.А., Парыгина В.А. Бюджетная система России. Учеб. пособие. – М.: Изд-во «Эксмо», 2005. – 416 с.
132. Тихомиров А.В. Отечественная организация здравоохранения: реформа идеологии // Менеджер здравоохранения. – 2005. – № 8. – С. 21–28.

133. Тишук Е.А. Состояние и динамика потребления медицинских услуг населением Российской Федерации // *Здравоохранение*. – 2002. – № 3. – С. 18–19.

134. Тэгай Н.Д., Сайтгареева А.А. Некоторые аспекты деятельности государственных и негосударственных медицинских учреждений в реализации территориальных программ ОМС // *Здравоохранение*. – 2002. – № 9. – С. 53–56.

135. Участие населения в финансировании здравоохранения / В.Э. Бойков, Ф. Фили, И.М. Шейман, С.В. Шишкин. – *Здравоохранение*. – 2000. – № 2. – С. 32–46.

136. Ушаков И.В., Князюк Н.Ф. Возможности применения стандартов ГОСТ Р ИСО 900102001 в здравоохранении // *Менеджер здравоохранения*. – 2006. – № 4. – С. 38–45.

137. Филатов В.Б. Стратегия развития регионального здравоохранения: опыт формирования / Под ред. О.П. Щепина. – М., 1999. – 176 с.

138. Финансы предприятия: Учебник / Под ред. М.В. Романовского – СПб.: Бизнес-пресса; 2000. – 528 с.

139. Флек В.О., Кравченко Н.А., Вялкова Г.М., Дмитриева Е.Д.. Анализ реализации территориальных программ госгарантий в 2003 году // *Здравоохранение*. – 2004. – № 11. – С. 18–29.

140. Флек В.О., Кравченко Н.А., Соковикова Н.Ф. Современные подходы к оценке эффективности использования ресурсов в системе здравоохранения // *Менеджер здравоохранения*. – 2005. – № 9. – С. 12–21.

141. Хальфин Р.А., Соловьева О.Г., Зелькович Р.М., Шейман И.М. Правовые основы и методы формирования муниципальных заказов-заданий и планов-заданий медицинским учреждениям на предоставление государственных, муниципальных услуг // *Экономика здравоохранения*. – 2002. – № 3. – С. 23–27.

142. Чуваткин П.П. Стратегия управления развитием здравоохранения. – СПб.: СПбГУЭФ, 1999. – 172 с.

143. Шайбакова Л.Ф., Лебедев Ю.А. Инновационный процесс в регионе (организационно-экономический аспект). – Екатеринбург: УГЭУ, 1995. – 256 с.
144. Шапиро В.Д. Управление проектами. – СПб.: Два+Три, 1996. – 342 с.
145. Шевченко Ю.Л. Доклад на коллегии МЗ РФ «Об итогах хода реформ и задачах по развитию здравоохранения и медицинской науки в РФ на 2002–2004 года и на период до 2010 года». – М., 2000. – 110 с.
146. Шейман И.М. О так называемой конкурентной модели обязательного медицинского страхования: Часть 2 // Менеджер здравоохранения. – 2006. – № 2. – С. 20–26.
147. Шейман И.М. Подходы к созданию интегрированной системы оказания и финансирования медицинской помощи (Российско-американская программа «ЗдравРеформ») // Проблемы ценообразования и оплаты медицинской помощи в системе ОМС: Матер. Всерос. научн.-практ. конф. – М.: Федеральный фонд ОМС, 1996. – С. 197–228.
148. Шейман И.М. Реформа управления и финансирования здравоохранения. – М.: Русь-Издательство, 1998. – 336 с.
149. Шиган Е.Н. Методы прогнозирования и моделирования в социально-гигиенических исследованиях. – М.: Медицина, 1986. – 208 с.
150. Шишкин С.В. Экономический анализ результатов социологического мониторинга расходов населения России на медицинские услуги и лекарства // Экономика здравоохранения. – 2000. – № 8. – С. 10–15.
151. Шумпетер Й. Теория экономического развития: Исследование предпринимательской прибыли, капитала, кредита, процента и цикла конъюнктуры. – М.: Прогресс, 1982. – 383 с.
152. Щепин В.О. Финансовое обеспечение здравоохранения как основа повышения его структурной эффективности // Материалы VI научно-практической конференции: Развитие системы обеспечения качества медицинской помощи в современных условиях и проблемы оптимизации структуры здравоохранения. – Москва, 2001. – С. 9–13.



153. Щиборщ К.В. Бюджетирование деятельности промышленных предприятий России. – М.: Дело и Сервис, 2001. – 544 с.

154. Экономика здравоохранения / Под ред. А.В. Решетникова. – 2-е изд., испр. и доп. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004. – 272 с.

155. Экономика труда и социально-трудовые отношения / Под ред. Г.Г. Меликьяна, Р.П. Колосовой. – М.: Изд-во МГУ, изд-во ГеРо, 1996. – 623 с.

156. Dunning A. Choices in Health Care: a Report by the Government on Choices in Health Care / Executive Summary. – Reykjavic: Ministry of Welfare? Health and Culture, 1992. – P. 190.

**ПРИЛОЖЕНИЕ А*****Список сокращений***

ВВП	– валовый внутренний продукт
ВОЗ	– Всемирная организация здравоохранения
ДМС	– добровольное медицинское страхование
ДФО	– Дальневосточный федеральный округ
ЕСН	– единый социальный налог
ОЛС	– общая лечебная сеть
ОМС	– обязательное медицинское страхование
ОПФ	– основные производственные фонды
ТПГГ	– территориальная программа государственных гарантий
ХКФОМС	– Хабаровский краевой фонд обязательного медицинского страхования

## ПРИЛОЖЕНИЕ Б

### *Глоссарий*

**Аудит** – систематический, независимый документированный процесс получения свидетельства аудита (проверки) и объективного их оценивания с целью установления степени выполнения согласованных критериев аудита.

**Анализ** – способ познания предметов и явлений окружающей среды, основанный на расчленении целого на составные части и изучение их во всем многообразии связей и зависимостей.

**Бюджетирование** - процесс регулярного планирования, учета, контроля и анализа финансово-экономического состояния, нацеленного на достижение результата.

**Инновации в здравоохранении** - целенаправленные преобразования в отрасли, в т.ч. в ее организационной структуре и экономическом механизме, направленные на повышение эффективности использования ресурсов и качества оказания медицинской помощи, а также наибольшее удовлетворение потребности населения в услугах здравоохранения.

**Инновационная стратегия** – совокупность мер в среднесрочной и долгосрочной перспективе по разработке и внедрению новшеств, воспроизводимых на производстве и востребованных на рынке.

**Качество медицинской помощи** - это степень соответствия характеристик медицинской услуги заранее установленным требованиям (стандартам).

**Медицинская услуга** - это мероприятие или комплекс мероприятий, имеющих определенный объем, самостоятельное законченное значение и определенную стоимость.

**Медицинская эффективность** – величина (размер); при которой соответствующий тип медицинского обслуживания и помощи достигает своей цели – улучшение состояния пациента или степень достижения конкретных результатов при определенных уровнях затрат.

**Миссия** – основная общая цель организации, отражающая ее наиболее значимые изменения в обществе.

**Модель** – это упрощенное описание организации, дающее достоверное представление о свойствах и связях изучаемых явлений.

**Проектный менеджмент** - как комплексное, ограниченное по времени, бюджету и ресурсам мероприятие, направленное на достижение цели или системы целей.

**Процесс** – изменение или преобразование формы, свойств и характеристик видов ресурсов для получения результатов организации.

**Ресурсы** – факторы производства (трудовые, материальные, финансовые, информационные и др.), привлекаемые организацией для осуществления поставленных целей.

**Система здравоохранения** - совокупность организаций, учреждений, предприятий, ассоциаций, научных обществ, специалистов и иных хозяйствующих субъектов, вне зависимости от их ведомственной принадлежности и организационно-правовой формы, деятельность которых связана с производством, обеспечением, контролем качества, реализацией лекарственных средств, медицинской техники, медицинских услуг, проведением работ по предупреждению заболеваний, организацией и управлением процессами и финансами в сфере охраны здоровья граждан.

**Стандарт медицинский** – упорядоченная последовательность диагностических и лечебных мероприятий, отражающих достижение теории и практики, в сочетании с оценкой эффективности медицинской помощи на основе объективных критериев, определяющих возможность выполнения определенного вида медицинской деятельности.

**Экономический анализ** – это совокупность методов формирования и обработки данных о производственной и финансовой деятельности медицинских учреждений, позволяющих обеспечить достоверную оценку их работы, выявить пути рационального использования ресурсов.

**Эффективность** – это связь между результатами и использованными ресурсами (ГОСТ Р ИСО 9000-2001), соотношение затрат и достигнутого результата.

## ПРИЛОЖЕНИЕ С

*Основные мероприятия по эффективному использованию  
ресурсов системы здравоохранения Хабаровского края до 2010 г.*

Мероприятия	Сроки выполнения	Ответственные исполнители	Ожидаемый результат
1	2	3	4
<b>1. Мероприятия по координации межведомственного подхода по охране здоровья населения</b>			
1.1. Формирование Координационного совета по охране здоровья населения при Губернаторе Хабаровского края	2005	министерство здравоохранения края	Нормативный акт. Постановление Губернатора
1.2. Разработка межведомственной программы по охране здоровья населения края	2005- 2006	министерство здравоохранения края, министерство социальной защиты населения	Нормативный акт. Закон о краевой целевой программе по охране здоровья населения края
1.3. Мониторинг за реализацией закона и программных мероприятий	2006- 2010	министерство здравоохранения края	Нормативный акт. Закон о краевой целевой программе по охране здоровья населения края
<b>2. Организационные мероприятия</b>			
2.1. Обеспечить приоритетное развитие первичной медико-санитарной помощи на базе муниципального здравоохранения с перераспределением части объемов помощи из стационарного сектора на амбулаторный этап с развитием стационарзамещающих технологий, в том числе дневных стационаров, консультативно-диагностических служб, отделений амбулаторной хирургии, стационаров на дому	2006-2008	министерство здравоохранения края, Хабаровский краевой фонд обязательного медицинского страхования	Концепция «Основные направления развития здравоохранения Хабаровского края на 2006-2008 гг.»
2.2. Разработать современные многоуровневые организационные модели предоставления населению специализированной и первичной медико-социальной помощи в городских и сельских условиях, в том числе в территориях с низкой плотностью населения	2005-2006	министерство здравоохранения края	Модели предоставления специализированной и первичной медико-социальной помощи
2.3. Сформировать интегрированные многоуровневые структурно-функциональные модели здравоохранения муниципальных образований с учетом уровня организации оказания медицинской помощи, медико-демографических процессов и ресурсного обеспечения	2005-2006	министерство здравоохранения края	Формирование организационных структур здравоохранения муниципальных образований.
2.4. Разработать программу развития института врача общей практики	2006-2008	министерство здравоохранения края	Программа развития института врача общей практики
2.5. Разработать систему интегральных показателей, характеризующих эффективность (медицинская, экономическая, социальная) работы системы здравоохранения края и учреждений здравоохранения в зависимости от уровня и видов медицинской деятельности	2006	министерство здравоохранения края, ХКФОМС	Методические рекомендации

## Продолжение таблицы

1	2	3	4
2.6. Сформировать регистры контингентов, имеющих право на льготное и бесплатное получение медикаментов, и обеспечение на его основе персонализированного учета выписки и получения лекарственных средств	2005	министерство здравоохранения края, ХКФОМС	Регистр лиц, имеющих право на льготное и бесплатное лекарственное обеспечение
2.7. Разработать систему стандартов, включающих: уровни и виды оказания медицинской помощи; стандарты госпитализации; клинико-экономические стандарты, СО-Пы	2005-2010	министерство здравоохранения края	Стандарты
<b>3. Ресурсное обеспечение</b>			
3.1. Разработать нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи (стационарной, амбулаторно-поликлинической и скорой медицинской помощи) для краевых учреждений здравоохранения и муниципальных образований	2005	министерство здравоохранения края	Финансовые нормативы
3.2. Разработать на 2006 и последующие годы Программу государственных гарантий оказания населению Хабаровского края бесплатной медицинской помощи в соответствии с нормативами объемов медицинской помощи и нормативами финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи	2005	министерство здравоохранения края, ХКФОМС	Программа государственных гарантий оказания населению Хабаровского края бесплатной медицинской помощи
3.3. Разработать на 2006 и последующие годы в соответствии с нормативами объемов медицинской помощи и нормативами финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи (стационарной, амбулаторно-поликлинической и скорой медицинской помощи) модельные документы для городских округов и муниципальных районов по планированию Программы государственных гарантий оказания населению бесплатной медицинской помощи	2005	министерство здравоохранения края, ХКФОМС	Модельные документы
3.4. Разработать тарифы на оплату медицинских услуг по оказанию профилактической помощи и проведению диспансерной работы в учреждениях здравоохранения амбулаторно-поликлинического типа, а также диагностические услуги	2005	министерство здравоохранения края, ХКФОМС	Тарифы на медицинские услуги
3.5. Разработать методику и положение об оплате труда работников в системе врача общей практики	2005	министерство здравоохранения края, ХКФОМС	Методика и положение об оплате труда работников в системе врача общей практики
3.6. Внедрить в деятельность краевых учреждений здравоохранения и органов управления здравоохранением районов автоматизированную информационную систему по мониторингу за медицинскими изделиями (АИС ММИ)	2005-2006	министерство здравоохранения края	Внедрение АИС ММИ.

## Окончание таблицы

1	2	3	4
3.7. Сформировать таблицы оснащения медицинской техникой учреждений здравоохранения края в соответствии с уровнями оказания медицинской помощи населению и внести предложения по оптимизации оснащения медицинским оборудованием учреждений здравоохранения края	2005	министерство здравоохранения края	Табели оснащения учреждений здравоохранения медицинским оборудованием
<b>4. Нормативно-правовое обеспечение</b>			
4.1. Подготовка законопроекта по охране здоровья населения Хабаровского края на 2006-2010 гг.	2005	министерство здравоохранения края	Нормативный акт. Закон.
4.2. Подготовка проекта постановления Губернатора края «Об оплате труда работников здравоохранения»	2005	министерство здравоохранения края	Нормативный акт. Постановление Губернатора края
4.3. Разработка и реализация в крае программы «Кадры здравоохранения»	2006-2008	министерство здравоохранения края	Программа «Кадры здравоохранения»
<b>5. Методическое обеспечение</b>			
5.1. Методика стратегического планирования деятельности здравоохранения на основе минимальных социальных стандартов на услуги здравоохранения	2006	министерство здравоохранения края, ХКФОМС	Методические материалы
5.2. Методика расчета норматива финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи	2006	министерство здравоохранения края, ХКФОМС	Методические материалы
5.3. Методика квотирования медицинской помощи в специализированных краевых государственных учреждениях здравоохранения для жителей городских округов и муниципальных районов	2006	министерство здравоохранения края, ХКФОМС	Методические материалы
5.4. Методика квотирования медицинской помощи в специализированных федеральных учреждениях здравоохранения для жителей Хабаровского края	2006	министерство здравоохранения края, ХКФОМС	Методические материалы
5.5. Методика оценки эффективности деятельности учреждений здравоохранения края на основе интегральных показателей	2006	министерство здравоохранения края, ХКФОМС	Методические материалы
5.7. Методика оценки состояния и эффективности использования основных производственных фондов учреждений здравоохранения	2005	министерство здравоохранения края	Методические материалы
5.8. Методика экономического анализа для оценки эффективности использования ресурсов здравоохранения	2005	министерство здравоохранения края	Методические материалы
5.9. Методика рейтинговой оценки эффективности деятельности лечебно-профилактических учреждений	2005	министерство здравоохранения края	Методические материалы