

М.М. Кузьменко,
В.В. Баранов, Ю.В. Шиленко

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ В УСЛОВИЯХ РЫНОЧНОЙ ЭКОНОМИКИ

М. М. Кузьменко,
В. В. Баранов, Ю. В. Шиленко

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ В УСЛОВИЯХ РЫНОЧНОЙ ЭКОНОМИКИ

Под редакцией
члена-корреспондента РАМН профессора Э. А. Нечаева,
академика РАН профессора Е. Н. Жильцова



Москва 1994

ББК 51.1
К 89
УДК 614.2:008 (470)

Рецензент проф. Е. А. Логинова

Кузьменко М. М., Баранов В. В., Шиленко Ю. В.

К 89 **Здравоохранение в условиях рыночной экономики/Под ред. Э. А. Нечаева, Е. Н. Жильцова. — М.: Медицина, 1994. — 304 с. ISBN 5-225-00958-1**

В монографии рассмотрены социальные, экономические и управленческие проблемы перехода отечественного здравоохранения к рыночным отношениям. Обобщен российский и зарубежный опыт в области организации и управления здравоохранением. Рассмотрены вопросы перехода здравоохранения на принципы страховой медицины, совершенствования планирования и экономического анализа объектов отрасли, создания механизма социальной защиты населения и ряд других.

Предназначена для организаторов здравоохранения, практических врачей, работников страховых медицинских организаций, лиц, интересующихся перспективами развития отечественного здравоохранения.

К $\frac{4103000000-34}{039(01)-94}$ Без объявления — 94

ББК 51.1

ISBN 5-225-00958-1

© Кузьменко М. М., Баранов В. В.,
Шиленко Ю. В., 1994

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие	5
-----------------------	---

Раздел первый

СОЦИАЛЬНЫЕ ЗАДАЧИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В УСЛОВИЯХ РЫНОЧНОЙ ЭКОНОМИКИ

Глава 1. Здравоохранение на этапе перехода к рыночным отношениям	9
1.1. Становление и развитие хозяйственного механизма здравоохранения	9
1.2. Роль экономики здравоохранения в системе охраны здоровья населения	23
1.3. Механизм социальной защиты населения России	35
1.4. Опыт совершенствования здравоохранения в экономически развитых странах	48
Глава 2. Развитие медико-технического комплекса в условиях перехода к рынку	58
2.1. Системный подход к анализу медико-технического комплекса	58
2.2. Концепция развития здравоохранения	63
2.3. Совершенствование аптечной службы в условиях рыночных отношений	71
2.4. Социально-экономические основы становления санитарно-эпидемиологической службы	78
2.5. Производство и использование медицинской техники	95
2.6. Комплексная система реабилитации в условиях перехода к рыночным отношениям	104

Раздел второй

ОРГАНИЗАЦИОННО-УПРАВЛЕНЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Глава 3. Рыночный механизм развития здравоохранения	113
3.1. Новые организационно-правовые формы в здравоохранении России	113
3.2. Концепция разгосударствления и приватизации объектов здравоохранения	117
3.3. Развитие муниципального здравоохранения	127
3.4. Маркетинг медицинских услуг и лекарственных средств	134
Глава 4. Организация, планирование и управление здравоохранением в условиях перехода к рыночной экономике	155
4.1. Совершенствование процессов организации, планирования и управления здравоохранением на современном этапе	155
4.2. Стратегическое планирование в здравоохранении	162
4.3. Разработка бизнес-плана объекта здравоохранения	170
4.4. Аудиторский контроль деятельности объектов здравоохранения	176
Глава 5. Создание механизма страховой медицины в России	185
5.1. Необходимость перехода к страховой медицине	185
5.2. Управление финансовыми ресурсами здравоохранения в условиях медицинского страхования	195
5.3. Актуарные расчеты и их роль в создании механизма страховой медицины	202

5.4.	Развитие территориальных программ обязательного медицинского страхования	209
Глава 6.	Стандартизация качества медицинских услуг и товаров	218
6.1.	Система критериев оценки качества лечебно-профилактической помощи	218
6.2.	Роль лицензирования и аккредитации объектов здравоохранения в системе повышения качества медицинских услуг	220
6.3.	Стандартизация лечебно-профилактической помощи, лекарственных средств и медицинских товаров	226

Раздел третий

ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Глава 7.	Себестоимость, цена, прибыль и рентабельность медицинских услуг	230
7.1.	Планирование себестоимости медицинских услуг	230
7.2.	Расчет общественно необходимых затрат на основе клинико-статистических групп болезней	235
7.3.	Ценообразование в здравоохранении	238
7.4.	Расчет и планирование прибыли и рентабельности в здравоохранении	247
Глава 8.	Совершенствование производственно-хозяйственной деятельности объектов здравоохранения	250
8.1.	Совершенствование экономического анализа производственно-хозяйственной деятельности объектов здравоохранения в условиях перехода к рыночным отношениям	250
8.2.	Трудовые ресурсы и оплата труда медицинских работников в условиях перехода к рыночным отношениям	256
8.3.	Механизм налогообложения объектов здравоохранения на современном этапе	262
Глава 9.	Социально-экономическая эффективность здравоохранения	268
9.1.	Социально-демографическая ситуация в России на этапе перехода к рынку	268
9.2.	Факторный анализ социально-экономических предпосылок эффективности здравоохранения	271
9.3.	Показатели результативности функционирования объектов здравоохранения	272
9.4.	Критерии и методы оценки социальных результатов деятельности здравоохранения	274
9.5.	Оценка экономической эффективности качества лечебно-профилактической помощи	278
9.6.	Пути и способы повышения эффективности функционирования объектов здравоохранения в условиях перехода к рынку	283
Заключение.	Пути преодоления кризиса здравоохранения	287
Предметный указатель		291

ПРИНЯТЫЕ СОКРАЩЕНИЯ

ВОЗ	— Всемирная организация здравоохранения
ВУТ	— временная утрата трудоспособности
ИБС	— ишемическая болезнь сердца
ИТД	— индивидуальная трудовая деятельность
КСГ	— клинико-статистическая группа
КТУ	— коэффициент трудового участия
ЛПУ	— лечебно-профилактическое учреждение
МНТК	— межотраслевой научно-технический комплекс
МСЧ	— медико-санитарная часть
МТК	— медико-технический комплекс
СПТ	— сохранность потенциальной трудоспособности
ТМО	— территориальное медицинское объединение
ЦНС	— центральная нервная система

ПРЕДИСЛОВИЕ

Осуществляемые в России радикальные политические и экономические реформы вызваны необходимостью коренных преобразований в экономике страны. Неэффективные методы хозяйствования, низкая производительность труда, монополизм во всех сферах деятельности, отчуждение работников от средств производства, отсутствие экономической заинтересованности в достижении высоких конечных результатов и ряд других факторов привели отечественную экономику в состояние глубокого кризиса.

Деформации социально-экономического развития нашего общества негативно отразились и на санитарно-демографических процессах, состоянии общественного здоровья. В последние годы народное хозяйство несло большие экономические потери, обусловленные утратой трудоспособности работников из-за болезней и травм, уходом за детьми и т. д. Например, в 1989 г. в бывшем СССР по этим причинам было зарегистрировано более 1 млрд человеко-дней невыходов на работу, т. е. 898 дней в расчете на 100 работавших. Ежедневно в связи с утратой трудоспособности на работу не выходило около 4 млн человек. Выплаты пособий по временной нетрудоспособности в 1989 г. достигли 8,9 млрд руб.

В конце 80-х — начале 90-х годов ежегодно свыше 1 млн человек признавались инвалидами из-за травм и болезней (из них более 500 тыс. — работающие). Среди вышедших на инвалидность в 1988 г. 74 % были полностью нетрудоспособны, причем $\frac{1}{3}$ из них не достигли возраста 45 лет.

В 1989 г. потери рабочего времени из-за травм на производстве составили 16 млн человеко-дней, а материальный ущерб от несчастных случаев на производстве превысил 200 млн руб.

Показатели младенческой смертности в эти годы (в бывшем СССР) были выше аналогичных показателей в передовых зарубежных странах в 2—4 раза. В начале 90-х годов материнская смертность в бывшем СССР составила 44 случая на 100 тыс. рожениц, что в 4—7 раз выше, чем в США, Германии, Великобритании, и в 15—20 раз выше, чем в Японии и скандинавских странах. В 1989 г. в СССР показатель общей смертности был равен 10 на 1000 человек населения, младенческой смертности — 22,7 на 1000 родившихся; в Японии соответственно — 6,4 и 5,0; в США — 8,8 и 10,0; в Канаде — 7,8 и 7,0; в Финляндии — 9,9 и 6,0.

Существующая в настоящее время сеть объектов здравоохранения не в состоянии обеспечить граждан России такой помощью, уровень и качество которой соответствовали бы помощи, предоставляемой населению промышленно развитых стран. Назревшая

необходимость перехода к обязательному медицинскому страхованию населения Российской Федерации во многом вызвана негативными последствиями развития служб охраны здоровья, совокупность которых и обусловила их кризисное состояние.

Для российского здравоохранения сейчас особенно актуальна проблема повышения эффективности медицинской помощи населению. В связи с этим необходимо, во-первых, решить задачу ресурсного обеспечения отрасли и рационального использования имеющихся ресурсов; во-вторых, наряду с бюджетным финансированием задействовать альтернативные источники денежных поступлений за счет производства препаратов и изделий медицинского назначения, привлечения средств предприятий (организаций, учреждений), а также личных сбережений граждан. Это позволит отрасли перейти на современные медицинские технологии, оснастить объекты здравоохранения новейшим оборудованием, начать производство эффективных лекарственных средств, поднять качество и профессионализм медицинского персонала.

Однако недостаток ресурсов здравоохранения, ограниченные возможности конкуренции, существование бюрократических барьеров и ряд других факторов сдерживают развитие рыночных отношений. С учетом специфики здравоохранения невозможно механическое перенесение накопленного опыта хозяйственных отношений из сферы материального производства в область лечебно-профилактической деятельности.

В первую очередь это обусловлено трудностями контроля качества лечебных и санитарно-профилактических услуг для их непосредственных потребителей — пациентов. Негативная тенденция увеличения объема оказываемых лечебных услуг в ущерб их качеству в конечном итоге приводит к противоречию между стратегическими социально-медицинскими интересами общества, с одной стороны, и экономическими интересами отрасли и отдельных ее объектов — с другой. Решение проблем, связанных с повышением эффективности лечебно-профилактической деятельности, возможно лишь при наличии детально разработанных стандартов качества клинико-диагностических исследований и терапевтических мероприятий, а также при проведении лицензирования и аккредитации всех объектов здравоохранения, включая оценку кадрового потенциала.

Правильность выбранного направления развития отечественного здравоохранения в современных условиях можно оценить, если соотнести процессы, протекающие в службах охраны здоровья в России, с процессами и явлениями, имеющими место в странах с развитой рыночной экономикой. Механическое перенесение зарубежного опыта на отечественную почву недопустимо и нереально. Наша задача — проанализировать механизмы рыночного взаимодействия, повышения эффективности экономики отрасли, способы выживания ее объектов в условиях неизбежной конкуренции, т. е. все то, что особенно актуально для организаторов здравоохранения и практических врачей по мере развития рынка услуг.

Таков далеко не полный перечень проблем, стоящих перед отечественным здравоохранением. Многие из этих проблем (опыт применения прогрессивных организационно-правовых форм хозяйствования, состояние и перспективы развития российского здравоохранения) отражены в предлагаемой монографии. Однако непрерывно происходящие изменения в экономическом механизме хозяйствования российского здравоохранения, отсутствие достаточного опыта функционирования его объектов в условиях рыночных отношений не позволили авторам в ряде случаев провести полноценный анализ и дать конкретные рекомендации, касающиеся механизма формирования социально-экономических основ развития этой отрасли народного хозяйства.

Монография состоит из трех разделов. В первом разделе изложены социальные задачи здравоохранения в условиях рыночной экономики, во втором — организационно-управленческие проблемы становления отечественного здравоохранения, а в третьем — экономические вопросы совершенствования здравоохранения в условиях перехода к рыночной экономике.

В процессе работы над монографией авторами были использованы отечественные и зарубежные публикации в области медикосоциальных, организационно-экономических и управленческих проблем, а также в области совершенствования здравоохранения в связи с развитием процессов разгосударствления и приватизации, переходом на страховую медицину, расширением источников финансирования отрасли и т. д.

В монографии обобщен положительный отечественный и зарубежный опыт в области организации и управления здравоохранением, развития страховой медицины. При разработке теоретических положений авторами использованы существующие нормативно-законодательные акты Российской Федерации, рекомендации Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), инструктивные материалы Минздрава России, а также статистические справочники Госкомстата СССР и Госкомстата РФ.

В процессе работы над монографией авторами были использованы в основном статистические данные за 1990—1992 гг. и в ряде случаев за 1993 г. Преимущественная ориентация на статистику 1990—1992 гг. обусловлена относительно устойчивыми тенденциями развития отечественного здравоохранения, сложившимися к этому времени. В конечном итоге это позволило разработать обоснованные аналитические решения в области совершенствования здравоохранения, экономического анализа, а также планирования и управления отраслью.

Данная монография может быть полезна организаторам здравоохранения, практическим врачам, работникам страховых медицинских компаний, а также лицам, интересующимся перспективами развития отечественного здравоохранения.

Председатель ЦК профсоюза медицинских работников
М. М. КУЗЬМЕНКО

СОЦИАЛЬНЫЕ ЗАДАЧИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В УСЛОВИЯХ РЫНОЧНОЙ ЭКОНОМИКИ

Глава 1

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ НА ЭТАПЕ ПЕРЕХОДА К РЫНОЧНЫМ ОТНОШЕНИЯМ

1.1. Становление и развитие хозяйственного механизма здравоохранения

Здравоохранение, являясь сложной социально-экономической системой и специфической отраслью народного хозяйства, призвано обеспечивать реализацию важнейшего социального принципа — сохранение и улучшение здоровья граждан, оказание им высококвалифицированной лечебно-профилактической помощи.

В связи с переходом на рыночные отношения в отечественном здравоохранении, как и в других отраслях производственной и непроизводственной сфер, формируются различные формы собственности; осуществляется переход на бюджетно-страховую систему финансирования; развиваются индивидуально-коллективные формы оказания лечебных и санитарно-профилактических услуг. Это предполагает дальнейшее повышение роли государства в регулировании деятельности различных организационно-правовых структур отрасли. В условиях перехода на рыночные отношения лечебно-профилактические учреждения (ЛПУ) независимо от формы собственности и организационно-правового статуса должны гарантировать населению квалифицированную медицинскую помощь.

Здравоохранение как вид человеческой деятельности превращается в крупнейшую отрасль хозяйства по численности занятых в ней работников и масштабам используемых ресурсов (материальных, кадровых, финансовых). Постоянно расширяются функциональные (реализация определенных общих целей) и технологические связи (потоки различных ресурсов для производства услуг и товаров) здравоохранения с другими отраслями народного хозяйства.

Функциональные связи здравоохранения определяются необходимостью достижения главной цели здравоохранения — охраны и укрепления здоровья людей, а технологические — рационального использования различных видов ресурсов.

Все отрасли народного хозяйства, в том числе здравоохранение, объединяют разнообразные ресурсы (материальные, трудовые, финансовые, информационные) и передовые технологические

разработки, способствующие возникновению новых видов услуг. Вследствие этого расширяются межотраслевые связи. Так, усложняющаяся технологическая система производства клинико-диагностических и лечебных услуг одновременно отражает расширяющиеся масштабы использования научно-технического прогресса, достижений в развитии экономики и производства.

Формируя общественное здоровье, воздействуя на потенциал рабочей силы, занятой во всех отраслях народного хозяйства, здравоохранение предоставляет другим отраслям народного хозяйства и обществу услуги, в значительной степени компенсирующие негативные последствия их функционирования. Поэтому можно говорить не только об услугах, но и о здоровье как факторе производства. Компенсационные функции здравоохранения, как правило, слабо отражаются в экономической теории и практике. Между тем они обеспечивают снижение общей заболеваемости и смертности, удлиняют период трудовой активности людей.

Являясь составной частью непроеизводственной сферы, здравоохранение таким образом решает социальные и экономические задачи, связанные с качеством жизни человека и его благосостоянием, с реализацией социальных гарантий, формированием трудового потенциала общества.

С образованием, культурой и спортом здравоохранение объединяет комплекс функциональных зависимостей, технологических и информационных потоков.

Развитие здравоохранения определяется воздействием экономических, экологических и социальных регуляторов, причем приоритет принадлежит социальным регуляторам, так как прогресс общества ориентирован на человека, его потребности, благосостояние и благополучие, а в конечном счете — на охрану здоровья нации, творческую реализацию ее возможностей. В связи с этим экономико-социальные проблемы здравоохранения должны изучаться комплексно — с проведением важнейших программ, направленных на охрану и укрепление здоровья граждан.

Недостаточная комплексность исследования условий, причин и факторов, детерминирующих уровень и структуру здоровья общества в народнохозяйственном масштабе, привела к негативным последствиям воспроизводства народонаселения, замедлению темпов социально-экономического развития страны.

Так, в 1991 г. 74 000 женщин России (2,6 % от числа поступивших под наблюдение) закончили беременность абортами — самопроизвольными и по медицинским показаниям. За год родилось 110 000 недоношенных детей (6,8 % родившихся). Почти каждая вторая женщина, закончившая беременность в 1991 г., страдала серьезными заболеваниями (анемия, поздний токсикоз беременности, болезни системы кровообращения и др.), осложнившимися 40 % родов. Смертность женщин от осложненной беременности, родов и послеродового периода в 1991 г. возросла по сравнению с 1990 г. на 11 %. В 1991 г. в России было зарегистри-

ровано 3,6 млн аборт (100 аборт на 1000 женщин в возрасте 15—49 лет), что вдвое превышает количество родов.

По оценкам специалистов НИИ социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением им. Н. А. Семашко, полностью здоровыми являются 45 % населения, хронически больными — 15 %; больных детей — 9 %. За 1991 г. показатель общей заболеваемости возрос на 3 % и составил 667,5 случая на 1000 населения (в том числе болезни системы кровообращения — на 23 %, болезни нервной системы и органов чувств — на 4 %, органов дыхания — на 5 %, органов пищеварения — на 5 % и болезни мочеполовой системы — на 3 %).

В 1992 г. осложнилась эпидемическая обстановка в стране: более чем на 100 % увеличилась заболеваемость дифтерией, на 80 % — сифилисом, на 11 % — туберкулезом и на 8 % — сальмонеллезом.

В 1991 г. в России потери рабочего времени в связи с временной нетрудоспособностью (без отпусков по беременности и родам) составили 605 712 тыс. человеко-дней (в расчете на 100 работающих — 966,2), из-за травм на производстве — 9,8 млн человеко-дней, что соответствовало невыходу на работу 40 000 человек в день. В 1991 г. по временной нетрудоспособности, обусловленной производственными увечьями и профессиональными заболеваниями, было выплачено 186,5 млн руб.

Высоким остается производственный травматизм. В 1991 г. травмы на производстве получили 406 тыс. человек (из них 8000 погибли), стали инвалидами 13 000 пострадавших (против 9,8 и 14,1 тыс. человек в 1985 г. соответственно). В сельском хозяйстве уровень травматизма составил 14,4 случая на 1000 работающих, что почти вдвое выше, чем в промышленности (7,3) и строительстве (5,6). В России уровень производственного травматизма со смертельным исходом достиг 0,114 на 1000 работающих, что существенно выше, чем в Великобритании (0,016) и бывшей ФРГ (0,070).

Эффективность здравоохранения нельзя выразить каким-либо одним показателем: она должна отражать совокупность параметров, включающих оценку конечных результатов деятельности служб здравоохранения и их подразделений с учетом лечебных, санитарно-профилактических, социальных и экономических аспектов.

Медицинскую эффективность характеризуют качество и результативность диагностических исследований, проведения лечебных и профилактических мероприятий. Социальный аспект эффективности, как правило, представлен комплексом показателей, отражающих воздействие здравоохранения на уровень жизни населения (удовлетворение потребностей человека в здоровье и медицинских услугах), оздоровление условий труда, обеспечение санитарно-эпидемиологических норм и т. д.

Экономические аспекты эффективности предполагают оценку вклада здравоохранения в экономику страны, включающую такие

показатели, как валовой общественный продукт, национальный доход, чистый доход общества и др. Экономическую эффективность характеризуют также качественные результаты использования различных ресурсов отрасли — трудовых, материальных, финансовых.

В 1991 г. бюджет российского здравоохранения обеспечивал всего 65 % объема медицинской помощи по сравнению с 1990 г. Иначе говоря, происходивший прирост ассигнований обесценивался инфляцией. Потребность в бюджетных ассигнованиях на обеспечение населения услугами здравоохранения растет быстрее возможностей государства выделять финансовые ресурсы на эти цели.

Бедущиеся в настоящее время дискуссии об основных принципах российской экономической политики (монетаризм, государственная поддержка) имеют непосредственное отношение и к здравоохранению. Так, связанная с жесткими бюджетными и кредитными ограничениями монетаристская политика обуславливает значительную нехватку средств, с одной стороны, и побуждает к поиску наиболее эффективных путей выхода отрасли из создавшегося кризиса — с другой. Традиционно проводившаяся политика государственной поддержки не создавала условий для эффективного использования государственных средств, приводила к снижению не только профессионального уровня и качества медицинской помощи, но и ответственности медицинских работников.

Однако неограниченный монетаризм в сфере здравоохранения может явиться фактором дестабилизации социального равновесия. Поэтому концепция взвешенных реформ должна опираться как на объективные ограничения бюджетных расходов, так и на существенную поддержку социально слабозащищенных слоев населения, в том числе предоставление им бесплатной медицинской помощи. В этой концепции должны более широко отражаться опыт функционирования объектов здравоохранения различных форм собственности (государственные хозрасчетные поликлиники, медицинские кооперативы и акционерные общества, страховые компании, частно-индивидуальные медицинские кабинеты), а также перспективы развития крупных больниц и многопрофильных комплексов.

В настоящее время централизованная система государственного финансирования не в состоянии обеспечить службы и подразделения медико-технического комплекса (МТК) ассигнованиями в необходимом объеме. Поэтому дополнительными ее источниками могут быть средства предприятий и организаций, профсоюзов и страховых фондов, личные вклады граждан, а в регионах — ассигнования соответствующих территорий. На основе льготного банковского кредита целесообразно расширение практики использования заемных средств.

Средства предприятий и организаций могут привлекаться по каналам целевых вкладов и обязательных отчислений предприятий регионов в виде платы за сохранение состояния здоровья своих

работников¹. При этом речь идет о возможной передаче трудовым коллективам медико-санитарных частей (МСЧ), находящихся на балансе предприятий и организаций (механизм их финансирования и содержания), а также о выделении средств на хозрасчетной основе в ходе выполнения договоров в счет сверхустановленных норм оказания медицинской помощи работникам и членам их семей.

Отчисления из средств соцстраха осуществляются на основе фиксированных норм (не ниже 25 % экономии средств) в регионе. Сэкономленные средства за счет оздоровления граждан и недоиспользования фондов соцстраха (в сравнении с нормативными) направляются комитетам профсоюзов.

Другими источниками финансирования могут быть добровольные взносы граждан (в том числе в фонд здоровья и милосердия), вклады страховых и акционерных обществ, ассоциаций, кооперативов. Добровольные взносы предприятий (учреждений, организаций) и граждан могут использоваться в форме предоставления в аренду зданий, сооружений, оборудования, транспортных средств и т. д.

Повышение эффективности работы МТК предусматривает стимулирование образования и функционирования учреждений различных форм собственности: бюджетно-финансируемых (в том числе с элементами хозяйственного расчета), хозрасчетных и кооперативных, основанных на принципах страховой медицины. Для мобилизации внутренних и внешних ресурсов отрасли целесообразно создание медицинских кооперативов и акционерных обществ, привлечение вкладов населения, а также средств хозрасчетных поликлиник, кооперативов и лиц, занятых индивидуальной трудовой деятельностью (ИТД). Важным источником финансовых ресурсов может быть выручка от реализации неиспользуемого оборудования, материалов и других ценностей.

Таким образом, реализация механизма привлечения ресурсов на охрану здоровья и медицинское обслуживание граждан должна быть ориентирована на новые условия хозяйствования с учетом сокращения объемов бюджетного финансирования. В связи с этим задача интегрирования здравоохранения в финансовые потоки расширенного воспроизводства может быть решена путем увязки расходов на лечебно-профилактическую деятельность с показателями конечной реализации их результатов в отраслях народного хозяйства.

В новых условиях хозяйствования здравоохранение приобретает облик смешанной бюджетно-страховой модели, основанной на сбалансированном сочетании бюджетных и внебюджетных источников привлечения средств. Данная модель характеризуется де-

¹ Особенно это касается экологически неблагоприятных производств и возмещения ими ущерба, связанного с заболеваемостью работников с временной утратой трудоспособности и инвалидизацией вследствие неблагоприятных производственных условий.

централизацией финансов отрасли и развитием самоуправляемых территориальных программ. Такой подход будет способствовать целевому характеру накопления ресурсов, повышению рентабельности ЛПУ путем развития внутрибюджетного хозрасчета, роста и интеграции различных форм собственности в отрасли. У предприятий и населения появится материальная заинтересованность в охране здоровья, здоровом образе жизни, а у ЛПУ — потребность в рациональном использовании средств.

Рыночный механизм в первую очередь необходим там, где сложился устойчивый теневой рынок медицинских услуг. Поэтому следует легализовать реально происходящий процесс их купли-продажи. При этом нужно быть уверенным в том, что спрос и предложение услуг будут удовлетворены с помощью цен, доступных для социально незащищенных слоев населения. Процесс перехода на рыночный механизм оказания медицинских услуг может быть эффективно реализован только в условиях соответствующей инфраструктуры. Это, как правило, характерно для крупных городов с развитой сетью специализированных медицинских центров и мощными специализированными лечебными учреждениями, укомплектованными высококвалифицированными специалистами.

В настоящее время имеются фактические предпосылки для реализации указанных выше условий. Результаты опросов свидетельствуют о том, что уже в 1987 г. 74,8 % респондентов оплачивали услуги врачей¹, что вполне соответствовало изменению экономических взаимоотношений хозяйственных субъектов.

Переход к рыночной экономике предполагает тщательный анализ рынка лечебно-профилактических, реабилитационных и оздоровительных услуг. Появление в здравоохранении конкурирующих между собой разнопрофильных учреждений, основанных на различных формах собственности, положительно скажется на качестве их работы. Это повысит профессиональный уровень врачей, избавит отрасль от существующего в ней кадрового баланса, увеличит доходы медицинских работников и будет способствовать повышению их профессиональной ответственности.

Один из путей перехода к новым формам хозяйствования — аренда имущества государственных ЛПУ их персоналом. Аренда представляется как переход от государственной к коллективной, а затем и к сектору индивидуально-частной собственности. При этом не исключено эффективное функционирование смешанной формы собственности — государственно-коллективной.

Основой для перевода ЛПУ на арендные отношения является ряд экономических экспериментов. В ходе одного из них на аренду и коллективный подряд была переведена стоматологическая поликлиника в Челябинске. Этот перевод сопровождался разработкой и внедрением новой системы трудовых отношений в коллективе.

¹ По данным выборочного обследования, проведенного Центром по изучению общественного мнения Института социологических исследований АН СССР («Известия», 1987, 14 января).

В результате привлечения внебюджетных источников финансирования среднемесячный доход этой поликлиники вырос на 45 %. За счет заключения договоров с предприятиями и организациями увеличился объем услуг (работ) по оказанию ортопедической и стоматологической помощи. Фонд оплаты труда повысился на 40 %, а его доля в доходах поликлиники снизилась с 70 до 66 %.

Внутрихозяйственный механизм функционирования стоматологической поликлиники позволил упразднить очереди на плановую санацию пациентов, сократить сроки протезирования зубов с 12 мес до 2, увеличить число первичных больных почти на 14 %.

Можно также отметить положительный опыт по совершенствованию экономических отношений в здравоохранении, накопленный в лечебно-профилактических и санитарно-эпидемиологических учреждениях Хабаровского края. Этот опыт достаточно полно отражен в работах А. И. Вялкова и А. В. Шевченко.

Дальнейшее развитие арендных отношений привело к возникновению и успешному функционированию акционерной формы собственности. При этом акционерами могут выступать местные органы власти, страховые компании, заинтересованные предприятия (организации) и физические лица.

Кроме того, возможно развитие сети ЛПУ на основе коллективной собственности самих медицинских работников. В отдельных случаях целесообразно участие местных органов власти и страховых компаний в качестве учредителей, непосредственно заинтересованных во вложении средств в организацию эффективной системы медицинского обслуживания.

Таким образом, развитие здравоохранения в условиях рыночной экономики сопровождается изменением организационно-экономических форм ЛПУ, разгосударствлением их значительной части, появлением наряду с государственными медицинскими учреждениями акционерных медицинских учреждений, товариществ, а также индивидуальных частных медицинских предприятий, создаваемых частнопрактикующими врачами со своей имущественной базой.

Становление рыночных отношений сопряжено с переходом здравоохранения к регулированию некоторого объема свободно устанавливаемых цен на услуги. Свободное ценообразование приобретает смысл для тех видов услуг и медицинских изделий (товаров), которыми рынок насыщен. Контролировать ценообразование могут потребители лечебно-профилактических услуг. Следует иметь в виду, что рыночный механизм ценообразования наиболее действенно «работает» при непосредственной оплате медицинских услуг пациентом. В этом случае цена устанавливается на основе равновесия спроса и предложения, что соответствует рыночному механизму ценообразования.

Для успешного развития здравоохранения необходимы конкуренция и состязательность различных видов деятельности и собственности — государственной, арендной, хозрасчетной, коопера-

тивной, акционерной, частной, а также создание различных форм финансирования (включая страховую медицину).

Оптимизация лечебно-диагностической деятельности и связанных с нею затрат определяется теми подходами, которые положены в основу экономической реформы здравоохранения, а также спецификой его финансирования. При так называемом валовом подходе оплата труда работников ЛПУ устанавливается за каждого пролеченного больного (за каждое хирургическое вмешательство). При этом из бюджетных средств оплачивается как содержание учреждения, так и оплата труда персонала.

Территориальный подход предполагает распределение бюджетных средств по отдельным регионам страны, а внутри них — в зависимости от численности жителей.

Конечные медицинские результаты в регионах оценивают по показателям состояния здоровья обслуживаемого контингента. Качество труда персонала стимулируют через премиальные надбавки к зарплате и штрафные санкции за упущения в работе.

Территориальная система распределения средств, как показывают результаты анализа, сложнее валовой. Для использования I системы требуется специальная шкала оценок трудовых затрат, ориентированная на максимально полное излечение больного, предупреждение возможных осложнений. К тому же необходимо углубленное изучение состояния здоровья населения, улучшение экологических, производственных и других факторов, определяющих уровень и условия жизни обслуживаемых контингентов.

При планировании денежных средств и других ресурсов, распределении их между ЛПУ ранее традиционно ориентировались не на конечный результат — пролеченного больного, а на промежуточный — больничную койку. Однако чем больше коечный фонд, тем многочисленнее штат больницы, а следовательно, и выше оклады руководителей. В конечном счете такой подход приводил к гипертрофированному развитию госпитально-стационарной службы и серьезным организационно-экономическим перекосам, а именно — наносился экономический ущерб не только материально-технической базе отрасли, но и профессиональному уровню медицинских работников. В итоге такая система, сущностью которой является ориентация на затратный механизм функционирования, не соответствовала интересам ни больных, ни врачей.

Эффективность использования средств на охрану здоровья граждан зависит от соотношения больничного и амбулаторно-поликлинического звеньев системы здравоохранения. Из общей суммы расходов государственного бюджета на здравоохранение бывшего СССР направлялось около 70 % на содержание больниц. Однако в условиях, когда лечебные учреждения не были заинтересованы в увеличении оборачиваемости койки, содержание огромного коечного фонда, очевидно, нецелесообразно¹.

¹ Напомним, что в 1990 г. в бывшем СССР на 10 тыс. человек населения приходилось 130,6 коек, в то время как в США — 54,5; в Великобритании — 74,4 и в ФРГ — 108.

Рыночные отношения требуют более обоснованного учета затрат и результатов деятельности сети ЛПУ. Поэтому традиционные показатели (количество койко-дней, число посещений больными поликлиник) оказались малоэффективными в условиях интенсификации современных медицинских технологий.

О качественном улучшении системы учета и оценки деятельности ЛПУ свидетельствуют клинико-статистические группы (КСГ) болезней. Именно эти показатели являются основой для создания финансово-экономических нормативов, установления цен на диагностические исследования и лечебные мероприятия.

Рациональное использование внебюджетных ассигнований достигается заключением прямых договоров между страховыми компаниями и ЛПУ с предприятиями. Внебюджетные ассигнования способствуют интенсификации эксплуатации коечного фонда и стимулируют качество лечебно-диагностического процесса. При введении системы медицинского страхования трансформируются условия финансовых взаимоотношений между гражданами, ЛПУ и предприятиями. В связи с этим практический интерес представляют некоторые прогнозируемые оценки, базирующиеся на опыте ведущих зарубежных стран.

Например, в Германии и скандинавских странах разработана действенная система медицинского страхования. Накопленный в этих странах опыт подтверждает, что ориентировочно величина базового страхового взноса на программы обязательного медицинского страхования должна составлять 8—10 % по отношению к фонду оплаты труда работников предприятий.

На начальном этапе введения института медицинского страхования нельзя ожидать появления заметной конкуренции среди ЛПУ. Ведь многие из них не располагают благоустроенными зданиями и сооружениями, передовыми методами лечения. Однако по мере возникновения новых организационно-правовых форм — кооперативных, акционерных, товариществ, индивидуальных, частных фирм и ряда других — среди них будет расти и конкуренция. Стремясь получить заказы на медицинское обслуживание в рамках программ обязательного и добровольного страхования, трудовые коллективы будут заинтересованы в привлечении дополнительных денежных средств, например депозитов в коммерческих банках, а также средств, получаемых от участия в деятельности фондовых бирж, и т. д. В процессе формирования собственных финансовых ресурсов ЛПУ могут предоставлять дополнительные платные услуги вне системы медицинского страхования.

Внедрение этой системы в практическое здравоохранение связано с организацией контроля качества медицинских услуг, разработкой медико-экономических стандартов диагностических исследований и лечебных мероприятий. Сфера применения лечебно-диагностических стандартов довольно широка — диагностические исследования, лечебные мероприятия, оценка их исходов, средняя продолжительность каждого случая поликлинического и стационарного обслуживания, сроки лечения и размеры экономических

параметров (текущие и полные затраты, себестоимость, цены). При этом поликлинические обращения целесообразно группировать по профилю заболеваний и нозологическому принципу.

В связи с различными возможностями в оказании помощи в каждом ЛПУ медико-экономические стандарты формируются на основе информации о типичном наборе диагностических исследований и лечебных мероприятий, сроках госпитализации и основных видах затрат по разным КСГ болезней. Подобная информация позволяет не только объективизировать финансовое положение лечебного учреждения, но и более четко дифференцировать вклад каждого работника. Для ее сбора, анализа и вычислительной обработки требуются обычно значительные финансы.

Повышению заинтересованности трудовых коллективов ЛПУ в улучшении обслуживания населения может способствовать сектор платных услуг. В первую очередь это касается расширения сферы предоставления социально значимых платных услуг по профилю деятельности ЛПУ независимо от места проживания обслуживаемого им населения.

В рамках государственного платного сектора услуг уже сформировалось несколько видов хозрасчетной деятельности, например внутри- и межсистемный хозрасчет в целях удовлетворения потребностей населения в медицинской помощи. Особое место занимает хозрасчет, основанный на привлечении индивидуальных средств населения за счет дополнительно оказываемых ему услуг.

Межсистемный хозрасчет предполагает более эффективное использование технологии лечебно-диагностического процесса, внутрисистемный — финансирование из расчета на 1 больного. Внедрение данной схемы в широкую практику требует набора таких стандартов, по которым оценивают результаты медицинской деятельности ЛПУ. Важная составная часть этих стандартов — калькуляция затрат на проведение каждого лечебно-диагностического мероприятия, процедуры, манипуляции. При этом величина средних затрат определяется в расчете на 1 больного (гипотетического среднего пациента), исходя из усредненного их норматива.

В Москве хозрасчетные поликлиники переведены на аренду, что позволило реализовать такие принципы полного хозрасчета, как их экономическая самостоятельность, самоокупаемость и самофинансирование. Тем самым практически подготовлена необходимая база для перехода этих поликлиник к рыночным отношениям в условиях функционирования различных форм собственности. В экспериментальном порядке на арендный подряд переводятся клинические отделения крупных многопрофильных больниц.

Объективные условия для стимулирования труда работников здравоохранения создает введение института медицинского страхования. В этом случае за основу оплаты труда принимают базовые показатели при расчетах стоимости предоставляемых услуг. При этом возможные искажения в расчетах можно устранить с помощью нормативного метода, учитывающего фактически суще-

ствующий уровень оплаты труда (индексируемый в связи с происходящими экономическими изменениями) и нормативный его показатель (отражающий фактическую численность персонала в учреждении). Нормативный метод позволяет учреждениям устанавливать более высокую оплату труда, особенно если они недостаточно укомплектованы штатом и работают с повышенной нагрузкой.

На практике целесообразно использовать нормативно-финансовые модели с конкретным набором медико-экономических стандартов, позволяющих учитывать структуру пролеченных больных (на основе фактических трудозатрат) и количество проведенных операций. В этих моделях отражены такие параметры, как условная мощность и структура учреждений любого профиля и типа; их плановая пропускная способность; средняя зарплата персонала различных категорий; нормативы затрат на питание и медикаменты.

Соответствующими показателями могут характеризоваться также параклинические службы учреждений и их административно-хозяйственные подразделения (например, объем затрат на их содержание). В отдельных блоках этих моделей могут учитываться стоимостные характеристики основных фондов лечебных учреждений.

Нормативно-финансовые модели используют как инструмент при трехсторонних переговорах между ЛПУ, страховыми медицинскими организациями и предприятиями. На их основе рассчитывают нормативы нагрузки и дают экспертные оценки. Объем трудозатрат определяют, учитывая предоставляемые услуги (работы) на основе формирования КСГ болезней в зависимости от категории их сложности, а также медико-экономические стандарты. При определении степени сложности лечения используют такие критерии, как объем и характер диагностических исследований, возникающие осложнения, стадия и локализация болезненного процесса и т. д. Сложность хирургического лечения характеризуется локализацией процесса, продолжительностью и объемом операций, технологией хирургического вмешательства, возможностью осложнений и соответствующим врачебным риском неблагоприятных исходов.

Расценки на медицинскую помощь формируются путем классификации предоставляемых услуг на детальные (диагностическое исследование, лечебная процедура) и простые (завершенный случай лечения в стационарных или амбулаторно-поликлинических условиях).

Расширение сферы платных медицинских услуг, особенно пользующихся спросом, способствует развитию материально-технической базы хозрасчетных учреждений, совершенствованию хозяйственно-финансового механизма их деятельности и оплаты труда персонала. К сожалению, мощность большинства действующих хозрасчетных лечебно-профилактических и оздоровительных учреждений (их подразделений) недостаточна (их пропускная способность мала).

Основными причинами недостаточно эффективной работы хозрасчетной службы являются ограниченные масштабы использования новых форм организации труда медицинского персонала, прогрессивных форм оплаты их труда, включая контрактную форму, внедрения арендных отношений. Расширению объема оказываемых услуг на дому и стоматологической помощи (в общем объеме посещений в платных поликлиниках) препятствуют невысокая их стоимость, отсутствие экономической заинтересованности в их развитии. Вместе с тем эти услуги в достаточно большом объеме и эффективно оказывают медицинские кооперативы и сектор ИТД.

На недостаточную экономическую заинтересованность в наращивании объема медицинской помощи указали 75 % опрошенных руководителей и членов трудовых коллективов 150 хозрасчетных учреждений. При этом 73 % респондентов отмечали нехватку диагностического, лечебного и лабораторного оборудования и аппаратуры, а 69 % (в стоматологии около 88 %) — инструментов и материалов. В числе других причин подчеркивалась необходимость решения вопросов ценообразования и дополнительного выделения средств на социально-культурное развитие коллективов, приобретение справочной литературы по различным аспектам организации работы; преодоления недостатков в области финансово-экономической и юридической регламентации деятельности учреждений.

Переход к рынку непременно должен сопровождаться совершенствованием хозяйственного механизма, развитием хозрасчетных лечебно-оздоровительных и санитарно-профилактических учреждений. Это обеспечит конкуренцию указанных учреждений с индивидуально-кооперативным сектором оказания услуг. С этой целью необходимо:

- укрепление экономических подразделений хозрасчетных учреждений отрасли, обучение их работников вопросам управления в рыночных условиях;

- ускорение организации структурных подразделений (кабинетов) в составе бюджетных учреждений и НИИ по оказанию платных медицинских услуг;

- комплексное развитие медицинской хозрасчетной службы, укрепление ее материально-технической базы;

- широкое внедрение экономических методов управления, развитие маркетинга, совершенствование системы ценообразования и действующих прейскурантов на платные медицинские услуги (помимо налоговых льгот);

- использование в работе хозрасчетных учреждений различных моделей хозяйствования, а также форм и систем оплаты, прогрессивных методов организации труда (в первую очередь арендной, подрядной форм);

- совершенствование стандартов качества медицинских услуг.

До недавнего времени проблемы охраны здоровья граждан рассматривали лишь медико-биологические и социальные науки, в то время как экономические проблемы здравоохранения изуча-

лись в комплексе проблем, касающихся непроизводственной сферы.

Однако в настоящее время, когда здоровье общества рассматривается уже как социально-экономическая категория, оказывающая непосредственное влияние на эффективность труда, актуальность проблемы охраны здоровья людей возросла. В связи с ростом затрат на поддержание и укрепление здоровья граждан необходимо решить ряд первоочередных экономических проблем: определение стоимости охраны здоровья общества, оценка потенциала здоровья как важнейшей составляющей национального богатства и фактора экономического роста, а также расчет ресурсного потенциала здравоохранения и исследование путей его формирования. Переход к рыночным отношениям требует разработки новых подходов к оценке эффективности функционирования объектов здравоохранения, создания гибкого механизма экономических отношений в сфере охраны здоровья людей, опирающегося на социально-экономические регуляторы отрасли. При этом экономические аспекты развития здравоохранения должны быть органично увязаны с медико-биологическими и социальными проблемами МТК.

Человек постоянно, особенно в современных условиях, уделяет большое внимание собственному здоровью как первооснове своего существования, источнику экономического благополучия. Фактор здоровья, став индикатором прогресса социально-экономической формации, выступает как обобщенный результат совокупного влияния комплекса жизненных условий на уровень производительности общественного труда и эффективность общественного производства. В этом факторе синтезируются достигнутый уровень качества и образа жизни людей, экономического развития страны.

Для сбалансированного развития служб (подразделений) охраны здоровья граждан необходимо решить следующие основные задачи:

- определить потребность в финансовых ресурсах и оценить ожидаемые масштабы роста доходов;
- проанализировать соответствие этих доходов потребностям в финансовых ресурсах и изыскать способы преодоления возможных диспропорций между ними;
- разработать эффективный механизм функционирования каждой медицинской службы в отдельности и всей системы здравоохранения в целом, стимулирующий рациональное использование всех видов ресурсов — трудовых, материальных, финансовых и др.

Перечисленные задачи могут быть эффективно решены с помощью системы балансов, обеспечивающих материально-финансовую сбалансированность развития отраслей как материального производства, так и непроизводственной сферы.

Новые экономические отношения в здравоохранении предполагают существенное изменение методологии и организации эко-

номического анализа, бухгалтерского учета, управления медицинским персоналом, совершенствование механизма оплаты его труда с учетом вида и характера трудовой деятельности, качества и результативности лечебно-профилактической помощи населению. Рыночные отношения вносят существенные коррективы в представление о труде и занятости работников здравоохранения, безработице, трудовых отношениях. Применительно к ЛПУ необходимо разработать вопросы, связанные с контрактной формой оплаты труда, трудовыми договорами работников с администрацией, а также определить роль профсоюза в системе рыночных отношений.

Развитие рыночных отношений в отрасли невозможно без создания эффективного механизма социально-правовой защиты как пациентов, так и медицинских кадров. Эта проблема может быть решена, например, организацией системы страховой защиты медицинского персонала, предусматривающей, с одной стороны, страхование от возможных вредных последствий для здоровья и жизни медицинских работников, а с другой — страхование их профессиональной ответственности в случае причинения вреда больному. При этом важную роль призвана сыграть экспертиза неблагоприятных исходов лечебно-диагностической деятельности.

В условиях рыночных отношений значительно возрастает экономическая самостоятельность ЛПУ. Возможность принимать решения, влияющие на их экономическое положение, предъявляет повышенные требования к уровню профессиональных знаний руководителей и специалистов. Руководитель лечебного учреждения должен знать специфику управления в условиях рыночных отношений; владеть приемами экономического анализа, включая оценку финансовой устойчивости; знать механизм ценообразования на лечебно-профилактические услуги; уметь рассчитывать их себестоимость. Для определения путей повышения экономической эффективности, финансовой устойчивости учреждения здравоохранения необходим анализ факторов, оказывающих влияние на структуру и уровень затрат, а также на цены за предоставленные услуги. В связи с этим руководитель должен владеть методами факторного анализа.

Реализуя лечебно-профилактические услуги, медицинские учреждения получают доход, который служит основой формирования их прибыли. Одну часть прибыли объекты здравоохранения перечисляют в бюджет государства, а другую — оставляют в своем распоряжении для создания фондов накопления и потребления. Поэтому в современных условиях важно знать действующее законодательство в области налогообложения. Это позволит с максимальной для учреждения пользой применять существующую систему льгот при налогообложении, правильно рассчитывать налогооблагаемую прибыль.

Рациональная организация учета и отчетности в ЛПУ способствует созданию действенной системы контроля за результатами его финансово-хозяйственной деятельности, корректному и пол-

ному расчету с бюджетом, банками, другими партнерами и потребителями услуг.

Таким образом, необходимо детально проанализировать существующие механизмы рыночного взаимодействия, повышения эффективности экономики отрасли, способы выживания ее объектов в условиях неизбежной конкуренции. Все это становится особенно актуальным для организаторов здравоохранения и практических врачей по мере развития рынка медицинских услуг в России.

1.2. Роль экономики здравоохранения в системе охраны здоровья населения

В новых экономических условиях здоровье граждан необходимо рассматривать как социальную и экономическую категорию. Существует непосредственная связь состояния здоровья общества с эффективностью труда и ростом затрат на его охрану и поддержание. В связи с этим особую актуальность приобретают следующие проблемы:

- определение цены охраны здоровья людей в современном обществе с учетом взаимозаменяемости и взаимодополняемости факторов здравоохранительной деятельности;
- расчет потенциала здоровья как важнейшей составляющей национального богатства и фактора экономического роста;
- оценка ресурсного потенциала здравоохранения и новых источников его формирования;
- определение эффективности функционирования здравоохранения в изменяющихся условиях хозяйствования при переходе к рыночным отношениям;
- развитие и совершенствование экономических отношений в сфере охраны здоровья общества;
- выявление социальных и экономических регуляторов служб охраны здоровья людей.

Для комплексного исследования перечисленных проблем необходима «стыковка» пограничных областей знаний и создание по сути самостоятельной научной дисциплины — экономики здравоохранения. С одной стороны, экономика здравоохранения как наука должна изучать экономические проблемы здравоохранения, рассматривая его как отрасль народного хозяйства с учетом имеющейся специфики, с другой — призвана изучать экономические вопросы охраны здоровья населения в тесной связи с медицинскими, биологическими и социальными аспектами. Таким образом, экономика здравоохранения представляет собой своеобразный сплав экономики и медицины.

Становление экономики здравоохранения как самостоятельного научного направления — объективная потребность процесса интеграции наук. Кроме того, использование интегрального подхода повышает эффективность лечебно-профилактической деятельности. Выделение экономики здравоохранения в самостоятельную научную дисциплину обусловлено также расширением

социально-экономических отношений в связи с охраной здоровья членов общества. Интенсивно идет оснащение учреждений здравоохранения современным медицинским оборудованием и инвентарем. Это повышает степень оснащенности лечебно-диагностического процесса и вовлекает в сферу деятельности многообразные и значительные ресурсы.

«Технологические» функции отрасли (лечебно-диагностические, санитарно-противоэпидемические, профилактические, реабилитационные и др.) рассматриваются экономикой здравоохранения лишь в их взаимосвязи с использованием ресурсов. Непосредственным предметом анализа экономики здравоохранения являются экономические проблемы организации охраны здоровья в их связи с социально-гигиеническими.

В процессе разработки теоретико-методологических и практических аспектов организации, планирования, финансирования и управления отраслью в экономике здравоохранения исследуются формы проявления и особенности механизма действия общих экономических законов в конкретных условиях формирования здоровья общества.

В экономике здравоохранения целесообразно различать такие понятия, как «здравоохранение», «МТК», «индустрия здоровья». Сфера здравоохранения включает медицинские и оздоровительно-реабилитационные учреждения различных типов и профилей (реабилитационные центры, стационары, амбулаторно-поликлинические учреждения, специализированные санатории и профилактории), формы медицинской помощи (экстренная, лечебно-диагностическая, помощь на дому) и уровни ее организации (низший, средний, высший). МТК охватывает службы, предприятия и подотрасли, обеспечивающие здравоохранение ресурсами (фармацевтическая служба, медицинская промышленность, информационный сервис и др.). Индустрия здоровья в узком смысле идентична понятию «здравоохранение», а в широком — «медико-технический комплекс».

Теоретические аспекты экономики здравоохранения определяются прежде всего местом отрасли в системе расширенного воспроизводства и общественного разделения труда. В конечном счете организация и функционирование здравоохранения, эффективность применяемых средств, его экономика детерминируются экономическим устройством общества, социально-политической ситуацией в стране.

В условиях перехода к рыночной экономике вопросы здоровья и социально-экономической регуляции психофизической деятельности выдвигаются в ряд наиболее значимых проблем.

Индикатор здоровья в конечном счете отражает степень социально-политической комфортности и демократичности, а в определенном смысле — и либерализации общества. Развитие сферы быта, досуга, культуры влияет на отдых, раскрепощение личности, а следовательно, и на состояние здоровья общества. На индикатор здоровья оказывают влияние условия труда и окружающей среды,

уровень развития технологии и материально-технической базы. Влагаемых этого индикатора воплощается эффективность функционирования всех социальных институтов, в первую очередь служб здравоохранения.

В связи с этим здоровье народа как социальный феномен не может быть объектом управления отдельных ведомств: в состоянии здоровья аккумулируются практически все социально-экономические процессы, происходящие в обществе и окружающей среде, закладывается фундамент дееспособности будущего поколения (их биологии).

В рамках экономики здравоохранения последовательно раскрывается наиболее значимая взаимосвязь состояния здоровья с учетом условий жизни и факторов общественного воспроизводства, социально-экономического прогресса, что особенно важно в период крупнейших технико-экономических, производственных сдвигов, сопровождающихся структурными изменениями в народонаселении и трудовых ресурсах.

Следовательно, проблемы охраны и улучшения здоровья человека могут быть комплексно проанализированы только в рамках экономики здравоохранения, которая в свою очередь рассматривается как часть экономики страны. При этом комплексная категория состояния здоровья общества определяется социально-экономическими условиями, факторами системы производительных сил и производственных отношений.

Как важнейшая составляющая комплекса социально-экономических целей общества здоровье человека представляет социальную ценность высшего порядка. Поэтому объективные оценки эффективности общественного воспроизводства возможны лишь при учете этого качественного показателя развития народонаселения как в целевом, результативном, так и в ресурсном аспекте. Рост показателей смертности населения, неблагоприятные изменения в состоянии его здоровья приводят к снижению социально-экономической эффективности общественного производства. В связи с этим выбор направлений развития санитарно-демографической политики должен быть ориентирован прежде всего на достижение социальных результатов, в первую очередь уровня здоровья граждан.

В экономике здравоохранения большое внимание должно уделяться проблемам повышения эффективности здравоохранения, его планирования и прогнозирования, включая стратегическое и бизнес-планирование, изучению взаимосвязей экономики здравоохранения с социальной гигиеной и организацией здравоохранения. Важным аспектом является разработка особенностей воспроизводственного процесса в системе лечебно-профилактической деятельности в условиях различных форм собственности в отрасли, а также специфики формирования ресурсного потенциала и его использования.

Между тем недостаточно изучена еще категория экономического фонда здоровья, взаимосвязь таких категорий, как потенциал

здоровья — экономический рост — эффективность здравоохранения. Поэтому актуальны исследования в области оценки социальной значимости здоровья (как фактора повышения качества жизни и качества экономического роста), степени участия здравоохранения в происходящих в стране социально-экономических преобразованиях, а также компенсационных функций здравоохранения в условиях кризиса (экономического, экологического, политического, национального). Для решения перечисленных задач необходимо разработать систему исходных категорий экономики здравоохранения, сформулировать основные понятия и определения этой науки. В первую очередь предстоит проанализировать закономерности формирования и использования ресурсов отрасли (материальные, трудовые, финансовые, информационные), выявить пути и способы их лучшего применения.

В качестве синтетической категории, характеризующей результат работы отрасли, предлагается ввести понятие «потенциал здоровья населения» (валеологический ресурс).

Экономика здравоохранения изучает особенности экономических отношений, проявляющихся в сфере здравоохранения, обосновывает методы определения потребностей отрасли в ресурсах, анализирует источники и пути ее финансирования.

Актуальные проблемы экономики здравоохранения условно можно объединить в несколько блоков (групп).

Первый блок охватывает проблемы охраны, поддержания и развития здоровья населения на основе его воспроизводственного (экономического, валеологического) механизма. Сюда же включается изучение психосоциальных и деонтологических проблем, исследование фонда здоровья (его потенциал) в качестве составной части национального богатства. Необходимо рассмотреть особенности формирования этого фонда и разработать методы его расчета с учетом перспектив развития санитарно-демографических процессов. Решение проблем здравоохранения предполагает создание механизма социальных гарантий в сфере охраны здоровья человека, правовую и экономическую защиту больных и лиц, утративших здоровье.

Таким образом, изучение особенностей экономического воспроизводственного процесса в здравоохранении должно осуществляться на основе единства производства, распределения и потребления лечебно-профилактических, оздоровительных услуг. Эти особенности могут проявляться в способе организации воспроизводственного процесса и в продукте его труда — медицинских услугах. В рамках клинико-диагностических исследований и лечебных мероприятий фазы производства и потребления услуг совпадают, а применительно к производству лекарственных средств и изделий медицинского назначения они разделены.

Комплекс проблем, связанных с воспроизводством в сфере здравоохранения, включает в себя анализ воспроизводства материально-технической базы (с учетом научно-технического прогресса, новых средств и методов лечения), основных форм и путей

управления трудовыми ресурсами, новых организационно-правовых структур отрасли, путей ее ресурсного обеспечения, а также оценку продукта отрасли и его соответствие потребностям населения и учреждений здравоохранения.

Одной из проблем, решение которой особенно актуально в настоящее время, является поиск путей обеспечения адекватного уровня охраны здоровья в рыночных условиях в связи с ухудшением питания населения, нарастанием психологических стрессов, недостаточностью ресурсов отрасли.

В исследовании воспроизводственных проблем охраны здоровья общества особое внимание следует уделить изучению страховой медицины, базирующейся на различных формах собственности, новых типов экономических отношений, возникающих в связи с изменениями в социальной жизни.

Второй блок проблем отражает процессы формирования хозяйственного механизма, прогрессивные формы управления объектами здравоохранения. Для этого рассматривается система интересов (мотиваций) потребителей и производителей услуг (условия и факторы, определяющие возможности их соответствия); экономические (рыночные) и внеэкономические регуляторы качества обслуживания; возможности и границы совмещения коммерческих и некоммерческих форм оказания услуг и государственного их регулирования; пути преодоления монополии в области медицинского обслуживания.

Третий блок проблем требует решения финансово-экономических задач отрасли в условиях рынка и ценообразования на услуги здравоохранения. Сюда же относятся вопросы, связанные с менеджментом и маркетингом (с учетом специфики платной медицинской помощи) и прогнозированием спроса на лечебно-профилактическое обслуживание, ведением внешнеэкономической деятельности (включая совместное предпринимательство).

Изучение экономических аспектов здравоохранения должно базироваться на специфических методах исследования и оригинальном аппарате анализа в области оказания лечебно-профилактических услуг в условиях рынка.

Цели и задачи здравоохранения как отрасли народного хозяйства непроизводственной сферы, специфического раздела социального комплекса и особой ячейки социально-экономической структуры общества находятся в поле зрения экономики охраны здоровья населения. Эта глобальная цель определяет социальную направленность экономики здравоохранения, позволяет интегрировать ее задачи в общую систему целей и интересов общества. Такой подход необходим для более глубокого изучения и обоснования первичных потребностей человека, общества и отдельных его национально-социальных групп, а также вытекающих из них вторичных потребностей в средствах, методах, способах и конкретных формах лечебно-диагностического обеспечения, предохранения граждан от болезней.

Формы и отношения собственности в здравоохранении обра-

зуют специфический объект научных исследований. Переход к экономике рыночного типа предполагает многообразие форм собственности объектов здравоохранения. Очевидно, что медицина нуждается в обоснованной концепции сочетания и разделения ее материально-вещественного, имущественного, научно-интеллектуального комплекса на государственную (федеральную, муниципальную, местную), коллективно-акционерную и индивидуально-частную собственность. Процессы разгосударствления и приватизации объектов здравоохранения, функционирования страховой медицины требуют проведения глубокого анализа и соответствующего обоснования с позиций границ совмещения коммерческих и бесприбыльных видов лечебно-профилактической и оздоровительной деятельности; возможностей совмещения интересов потребителей и производителей медицинских услуг.

В результате анализа должны быть выбраны эффективные структуры и организационно-правовые формы, адекватные рыночным отношениям, учитывающие отраслевые и социальные особенности здравоохранения, профессионально-квалификационный состав работников, характер их взаимоотношений с пациентами.

В условиях перехода к экономике рыночного типа сохраняются функции планирования и программирования социально-экономических действий. Однако эти функции приобретают качественно иное содержание.

Экономика здравоохранения как наука должна оказать непосредственное влияние на процесс планирования, особенно при разработке комплексных программ. Экономический анализ, прогнозирование, планирование, социально-экономическое программирование должны охватывать уровень не только органов управления экономикой, но и уровень учреждений, организаций и предприятий здравоохранения.

Объект экономики здравоохранения составляют процессы управления трудом в области охраны здоровья, организация и оплата труда медицинского персонала с учетом вида и характера его деятельности, социальной ориентации труда, качества и результативности лечебно-профилактической помощи. Однако существующие в экономике подходы к тарификации цен, установлению должностных ставок и окладов могут быть использованы в медицине только с учетом особенностей трудовых процессов в здравоохранении.

В условиях перехода к рыночным отношениям российского здравоохранения необходимо детально изучить проблемы финансирования и финансово-кредитных отношений. Трансформация от государственно-бюджетного финансирования к страховой и коллективно-индивидуальной медицине предполагает поиск ЛПУ новых источников финансирования. Экономика здравоохранения должна помочь в поиске альтернативных источников денежных поступлений и рациональном использовании иностранных инвестиций.

Ценовой механизм, охватывающий как систему тарифов на

лечебно-профилактические услуги, препараты, изделия медицинского назначения, так и способы ценообразования, становится неотъемлемой частью экономического механизма отрасли в условиях перехода к рыночным формам хозяйствования. Проблема платности и бесплатности медицинских услуг для экономики здравоохранения приобретает стратегическое значение, так как она непосредственно связана с вопросами формирования бюджета и финансирования отрасли. Проблему установления цен и тарифов на услуги необходимо рассматривать как в плане формирования затрат, так и в плане возможностей оплаты их пациентами. С учетом степени неотложности тех или иных видов лечебно-профилактической помощи она является одним из основных направлений исследований, проводимых в рамках экономики здравоохранения.

Становление рынка в России приведет к возникновению частично свободного рынка лечебно-профилактических услуг, медикаментов, товаров. Очевидно, что в переходный период требуется сохранить высокую степень государственного регулирования экономических процессов, связанных с защитой здоровья людей, лечением и профилактикой болезней, приобретением медикаментов. Поэтому в предмет рассматриваемой экономической дисциплины правомерно включить механизм распределения и обращения всех видов услуг и товаров, создаваемых в рамках МТК, а также материальных ресурсов, необходимых для реализации.

В экономике здравоохранения важную роль играют нормативы распределения дохода и прибыли в первую очередь страховых организаций отрасли. По характеру своей деятельности медицинские учреждения могут рассчитывать на минимальные налоги, направляемые в государственный и местный бюджеты. Однако в определенных условиях хозяйственной деятельности даже применительно к учреждениям этого профиля изъятие части дохода в той или иной форме неизбежно. Поэтому экономика здравоохранения исследует вопросы рентных платежей, отчислений и налогов в отрасли, выявляет льготные зоны и налоговые привилегии ЛПУ.

Это особенно актуально в условиях развития системы медицинского страхования в стране. Ценообразование на страховые услуги должно учитывать необходимость обеспечения их расширенного воспроизводства. Поэтому нормативы расчета тарифов по медицинскому страхованию должны соответствовать нормативам финансирования учреждений здравоохранения.

Экономика здравоохранения как отраслевая наука изучает также структуру основных фондов и оборотных средств отрасли, стратегию их обновления, объемы и направления использования инвестиций.

Наряду с изучением производственного потенциала отрасли значительное внимание должно быть уделено и кадровому, включая исследование путей и способов подготовки и переподготовки кадров по наиболее перспективным направлениям лечебно-профилактического обслуживания населения. Система подготовки и пе-

реподготовки кадров должна быть достаточно гибкой, увязана с проблемой высвобождения трудовых ресурсов в России, выработкой стратегии действий по кадровому обеспечению здравоохранения.

Неотъемлемой частью экономики здравоохранения является изучение внешнеэкономических связей, проблем эффективности использования ресурсного потенциала отрасли и качества оказания лечебно-профилактической помощи. В спектре изучаемых проблем экономики здравоохранения обязательно присутствует исследование региональных факторов, учитывающих специфику географического распространения патологии по отдельным территориям.

В экономике здравоохранения особое место занимает одна из самых молодых наук — организация и экономика фармацевтического дела, для которой необходимо определить предмет исследования, сформировать методологические и методические основы теории и практики, разработать исследовательский аппарат (в том числе методику организационно-экономических исследований как в фармации в целом, так и в аптечной службе), а также методы и способы эффективного управления фармацевтическими системами и т. д.

Любую науку, в том числе организацию и экономику фармации, необходимо рассматривать как совокупность неразрывно связанных между собой аспектов. Следовательно, организацию и экономику фармации можно охарактеризовать, во-первых, как вид социальной деятельности, сферу общественного производства, т. е. систему со специфическими чертами организации, функционирования, научным потенциалом и т. д.; во-вторых, как систему знаний, имеющую определенную форму, внутренние принципы строения и разработки, закономерности роста, критерии научности и т. д.; в-третьих, как исторический процесс, объективное развитие которого представляет собой одну из форм возникновения, становления и сохранения преемственности фармацевтических знаний.

Используя системный подход, можно определить место науки «организация и экономика фармации» среди других наук, так как она формируется на стыке ряда фармацевтических, медицинских, экономических, управленческих, юридических и общепромышленных наук. Поэтому в науке «организация и экономика фармации» используются их методы и терминология.

Б. Л. Парновский и Л. Ф. Смирнова, анализируя методологию исследований в области организации и экономики фармации, отмечают, что предмет исследования этой науки составляют «процесс лекарственного обеспечения, система аптечного производства и контроля качества лекарств, показатели финансово-хозяйственной деятельности аптечных учреждений и др.».

Однако приведенная формулировка далеко не полно описывает предмет исследований. Поэтому уместно введение нового термина — «фармацевтическая помощь», отражающего сущность дея-

тельности аптечных и других фармацевтических работников¹. Понятие «фармацевтическая помощь» включает обеспечение населения всеми товарами аптечного ассортимента, в том числе лекарственными препаратами, профилактическими средствами, перевязочными материалами, рядом диагностических средств, а также предметами ухода за больными и т. д., оказание научно-консультативной помощи медицинскому персоналу и отдельным гражданам по вопросам применения наиболее эффективных лекарственных средств и других предметов аптечного ассортимента, способов их хранения, использования, порядка приобретения и т. д.

Таким образом, организация фармации представляет собой науку, целью которой является изыскание максимально эффективных способов и приемов оказания квалифицированной, своевременной и доступной фармацевтической помощи населению и специалистам ЛПУ.

В связи с этим основными задачами организации фармации как науки являются создание:

- системы разработки и постановки на производство новых высокоэффективных лекарственных препаратов, а также других лечебно-профилактических и диагностических средств аптечного ассортимента;

- их промышленного и аптечного производства;

- системы контроля качества аптечных товаров;

- системы их доведения до потребителя (населения и ЛПУ), т. е. маркетинг лекарственных средств и других товаров аптечного ассортимента.

Устойчивую, саморазвивающуюся инфраструктуру науки «организация и экономика фармации» обеспечивает решение общедисциплинарных задач. В этом случае выполняются исследования в области организации фармацевтических наук, фармацевтической информатики и управления фармацевтическими системами. Поэтому предметом изучения организации и экономики фармации должны быть фармацевтические системы различных иерархических уровней и назначения, связанных с обеспечением граждан и ЛПУ фармацевтической помощью.

В зависимости от целей и иерархического уровня в системе фармацевтической помощи можно выделить ряд частных систем, в том числе систему создания новых и воспроизводства наиболее эффективных лекарств; системы промышленного производства и контроля качества лекарств; аптечную; научно-технической фармацевтической информации и ряд других.

В связи с этим организацию и экономику фармации необходимо рассматривать как единый дисциплинарный научный комплекс, изыскивающий наиболее эффективные способы оказания фармацевтической помощи.

¹ Лопатин П. В. Организация фармации как наука // Фармация. — 1992. — № 2. — С. 5—7.

Тогда целью теории организации и экономики фармации является оптимизация процесса производства, распространения, обмена (трансляции) и освоения знаний об эффективных способах удовлетворения потребности в фармацевтической помощи.

В рамках методологии организации и экономики фармации целесообразно изучать следующие вопросы: объект и предмет науки организации и экономики фармации, ее функции и структуру, место в системе наук и взаимосвязи с другими областями знаний, природу и особенности фармацевтических, организационно-экономических знаний, закономерности роста, методы получения, формы организации и представления, нормы организационно-экономических исследований и т. д.¹

Актуальность проблем охраны здоровья граждан, многогранность направлений исследований в экономике здравоохранения приводят к необходимости интеграции результатов, полученных в других отраслях. Результаты комплексного исследования, проведенного по инициативе ВОЗ, показали, что в области изучения здоровья «стыкуется» более 100 различных научных дисциплин.

Изучение валеологической проблемы является одним из ведущих направлений научных разработок в области социально-экономических наук, в частности исследования уровня и образа жизни населения, проблем качества экономического роста.

Узкоотраслевой подход к изучению проблем валеологии обуславливает определенные негативные последствия для общества. Являясь народнохозяйственной проблемой, валеология как наука о здоровье требует координации всех сфер человеческой деятельности в плане предупреждения ущерба от нездоровья. Необходимость взаимной увязки разработок экономических наук по проблемам охраны здоровья определяется рядом причин.

Во-первых, для возвращения к общечеловеческим ценностям требуется переоценка результатов экономического развития общества с точки зрения их социальной значимости, разработка новых объективных критериев развития валеологического знания. В основу определения качества экономического роста по крайней мере на ближайшие 15—20 лет должен быть положен критерий охраны здоровья как отдельной личности, так и общества в целом. Оценка по этому критерию всего комплекса результатов экономической деятельности (не только положительных и полезных, но и отрицательных, вредных) будет способствовать преодолению противоречий между экономическим ростом и социальным благополучием общества. Государство должно стремиться к улучшению этого показателя на всех уровнях путем экономического регулирования и административно-правовой защиты своих субъектов.

Во-вторых, с позиций влияния на здоровье человека необходимо оценить сложившуюся структуру народного хозяйства, его материально-техническую базу (в том числе по отдельным отрас-

¹ Лопатин П. В., Прохоров А. В. Организация и экономика фармации как объект исследования // Фармация. — 1992. — № 2. — С. 8—11.

лям), социальную инфраструктуру, состояние природной и техногенной окружающей среды с учетом ее возможной опасности для здоровья человека. С этой целью целесообразно проранжировать отрасли народного хозяйства, исходя из степени наносимого ими ущерба здоровью общества.

В-третьих, следует проанализировать альтернативные варианты структурно-инвестиционной, экологической и научно-технической политики государства. Важнейшим направлением должен стать сравнительный анализ различных путей оздоровления членов общества, например за счет экологозащитного эффекта, валеологизации условий труда и совершенствования социальной инфраструктуры, развития здравоохранения, оздоровления быта и досуга и ряда других направлений.

В-четвертых, целесообразно создать экономический и правовой механизм охраны здоровья людей, который должен включать широкий спектр мер управленческого воздействия на процесс принятия решений на различных уровнях. Финансово-кредитную политику в отрасли имеет смысл проводить, концентрируя средства на решении валеологических проблем, используя для этого ресурсы бюджетов различных уровней, средства предприятий и населения.

Все допускаемые ошибки и просчеты в экономических науках не могут не отражаться на экономике здравоохранения. Так, в частности, в ней не было места различным формам собственности и поискам путей достижения не показной, а реальной социально-экономической эффективности (человек рассматривался как средство удовлетворения политических амбиций).

Приоритет безопасности идеологии и государства, преувеличение внешней угрозы и неадекватное накопление военного потенциала, отрыв экономики от потребностей человека, решение социальных и экологических проблем по «остаточному» принципу — все это негативно отражается на состоянии здоровья личности и общества. Конкретно это проявилось во всех общественных структурах:

- законотворческой, отстаивавшей интересы государства, ведомственную монополию в области здравоохранения в ущерб охране здоровья широких масс населения;

- экономической, использовавшей преимущественно административно-распределительные методы ведения хозяйства, которые привели к обнищанию граждан, ухудшению их качества жизни, росту заболеваемости, снижению продолжительности активной жизни;

- культурно-образовательной, где идеологическое засилие во многом обусловило падение нравственности и морали, распространение алкоголизма, нарко- и токсикоманий, других явлений социальной патологии;

- политической сфере, провоцировавшей преследования и ущемление интересов на почве взглядов, убеждений, национальной принадлежности. Все это в значительной мере порождало стрес-

совые ситуации, приводившие к невротическим и неврозоподобным состояниям.

Развитие экономики здравоохранения в значительной мере определяется тем, насколько экономические науки смогут отойти от «службы» определенным идеям, ведомствам и правительственным кругам. Необходим переход к исследованию реальных экономических и социальных проблем в условиях становления рыночных отношений.

Разработки в области экономики здравоохранения должны основываться на общих подходах к изучению проблем экономического роста с учетом факторов, определяющих качество этого роста. Имеющиеся общеэкономические разработки могут быть использованы для оценки социального и экономического эффекта, поиска лучших вариантов ресурсного обеспечения служб охраны здоровья граждан, внедрения прогрессивных принципов хозяйственно-правового механизма, управления и организации отрасли.

Одновременно результаты научных исследований по проблемам экономики здравоохранения способны обогатить другие научные дисциплины. Прежде всего это относится к общетеоретическим проблемам, изучающим состояние экономики в целом, качество экономического роста на макроуровне, развитие народного хозяйства как единой системы. Научные инновации не могут быть всеобъемлющими, если игнорируются проблемы потенциала здоровья, эффективности здравоохранения, его взаимосвязей с другими народнохозяйственными комплексами. В частности, практическое решение задач в этом направлении подтверждает, что в качестве важнейшего показателя состояния макроэкономики целесообразно признать валовой национальный продукт. Данный показатель позволяет учитывать все виды производимых продуктов и услуг, включая лечебно-профилактические. С учетом других показателей это обеспечивает более полное исследование тенденций социального и экономического развития общества.

Результаты, полученные в экономике здравоохранения, могут быть использованы при изучении хозяйственного механизма, систем управления, научно-технического прогресса, отраслевых проблем народного хозяйства. Между тем именно последние длительное время ограничивались изучением специфических задач отрасли, не рассматривая цели охраны и улучшения здоровья граждан. Эти цели должны достигаться объединением усилий экономической, структурной и технологической практики на всех уровнях управления народнохозяйственным комплексом.

Многие проблемы экономики здравоохранения схожи с проблемами образования и культуры. Это позволяет рассматривать экономику здравоохранения как составляющую экономики непродуцированной сферы, в которой здравоохранение, образование и культура создают единый социально-культурный комплекс.

Одной из главных задач этого социально-культурного комплекса является определение ведущих направлений минимизации ущерба человеку, его здоровью, образовательному потенциалу,

нравственности и морали, оптимизация условий для опережающего развития нематериальных форм богатства общества — качества жизни человека, его здоровья и благополучия.

1.3. Механизм социальной защиты населения России

Переход к рыночной экономике в России сопряжен с рядом трудностей экономического, политического и социального характера. Дефицит государственного бюджета, увеличение денежной массы в обращении, нарушение производственно-хозяйственных связей между регионами и снижение платежеспособности рубля породили инфляционные процессы в экономике. Либерализация розничных цен и тарифов на услуги, призванная обеспечивать сбалансированность спроса и предложения, привела в условиях монополизированной российской экономики к многократному увеличению цен.

Существующая в настоящее время система социальной защиты работающих категорий населения России переживает глубокий кризис. Его проявлениями стали неблагоприятные производственные условия, рост числа аварий, производственного травматизма и профессиональных заболеваний. Переход к рыночным отношениям неизбежно связан с изменением методов управления, структурной перестройкой экономики. В условиях переходного периода произошел развал системы управления охраной труда в стране, в том числе системы медицинской и профессиональной реабилитации пострадавших на производстве. Так, по данным профсоюзов, 90 % используемого оборудования не отвечает требованиям техники безопасности и санитарно-гигиеническим нормам. По этим причинам на производстве ежегодно гибнет около 14 000 человек¹.

Система социальной защиты, действовавшая в условиях плановой экономики, была ориентирована на жесткий режим концентрации и распределения государством ресурсов, направляемых на формирование условий труда, социальное страхование и социальное обеспечение. Такой жестко централизованный механизм лишил предприятия экономической свободы в создании нормальных условий труда.

Опыт промышленно развитых стран свидетельствует о том, что создание эффективной системы социальной защиты работающих возможно лишь при условии органического сочетания деятельности органов и служб, обеспечивающих профилактику в области охраны труда, с отраслевыми и региональными системами социального страхования от несчастных случаев, медицинской и профессиональной реабилитации пострадавших в результате несчастных случаев на производстве.

Поэтому для создания в России системы социальной защиты работающих категорий населения необходимо:

¹ Радаев В. Чего мы боимся? // Труд. — 1990. — 14 февраля.

— разработать автономную службу социального страхования трудящихся от несчастных случаев на производстве;

— предоставить экономическую самостоятельность предприятиям, отраслевым, региональным и республиканским органам по финансовому обеспечению бюджетов социального страхования;

— построить работу органов управления условиями и охраной труда, социального страхования и обеспечения на принципах соблюдения экономической и правовой защиты трудящихся.

В модель социального страхования потерь трудоспособности на производстве должны быть заложены дифференцированные тарифы страхования. При этом целесообразно, чтобы предприятия, на которых имеются рабочие места с неблагоприятными условиями труда и регистрируются профессиональные заболевания и производственный травматизм, выделяли дополнительно отчисления на социальное страхование. Этим самым такие предприятия будут нести материальную ответственность за потери вследствие временной или постоянной (частичной или полной) утраты трудоспособности работников. Делая дополнительные отчисления по социальному страхованию, предприятия также возмещают затраты, связанные с медицинской и профессиональной реабилитацией работников.

При этом социальное страхование потери трудоспособности целесообразно проводить по направлениям, обусловленным:

— производственным травматизмом;

— профессиональной и профессионально обусловленной заболеваемостью;

— досрочным выходом на пенсию.

Размеры отчислений должны быть увязаны с фактическим состоянием условий труда и их социально-экономическими последствиями по основным профессиональным группам населения. Отнесение профессий к классам опасности и вредности условий труда должно осуществляться с учетом показателей его вредности и тяжести, а также показателей опасности условий труда и льготного пенсионного обеспечения в увязке с системой социального страхования.

В широком плане система социальной защиты определенной категории населения подразумевает наличие соответствующей организационной структуры, а также методов, действий и способов, которые, взаимодействуя между собой, создают практический механизм реализации системы социальной защиты. Как показывает опыт стран с развитой рыночной экономикой, социальная защита той или иной категории населения может быть достаточно эффективно проведена через широкую сеть социальных служб, сотрудничающих с общественными, благотворительными и правительственными организациями. В этом случае появляется возможность практически решить конкретные задачи в области социальной защиты занятых и успешно реализовать механизм их доступа к социальным благам и услугам.

За рубежом, например, наиболее приемлемой формой социаль-

ного страхования работающих от несчастных случаев на производстве являются акционерные страховые общества, товарищества или фонды, созданные по отраслевому признаку и находящиеся под правовым контролем государства. Такие страховые органы осуществляют:

- помощь предприятиям в профилактике производственного травматизма и профессиональных заболеваний. Проводимые мероприятия направлены на сокращение рабочих мест с неблагоприятными условиями труда. Одновременно выполняется экспертиза оборудования, коллективных и индивидуальных средств защиты на предмет соответствия нормам охраны труда; оказываются консультации в области гигиены труда и техники безопасности и т. д.;

- медицинскую и профессиональную реабилитацию персонала в случае производственного травматизма и профессиональных заболеваний;

- возмещение ущерба вследствие утраты трудоспособности.

Акционерная форма организации социального страхования работающих от несчастных случаев на производстве обеспечивает ее высокую эффективность при минимальных выплатах страхователей, дает максимальный эффект от улучшения производственной среды. Наряду с экономической эффективностью акционерная форма социального страхования обеспечивает и социальную эффективность, так как органически сочетает в себе все функции социальной защиты трудящихся в области условий труда. Это относится также к профилактике, медицинской и профессиональной реабилитации, материальной компенсации пострадавшим. Данная форма социального страхования обладает высокой гибкостью, позволяющей оперативно и достоверно рассчитывать значение страховых тарифов в зависимости от числа несчастных случаев на производстве и количества работников, имеющих право на пенсию на льготных условиях.

В этом контексте актуально также создание служб срочной социальной помощи отдельным категориям занятых, например в виде территориальных служб на базе отделений социальной помощи на дому и территориальных центров социального обслуживания при районных (городских) отделах (управлениях) социальной защиты. Основной задачей этих служб является принятие безотлагательных мер, направленных на поддержание жизнедеятельности работников, остро нуждающихся в социальной защите.

Социальная защита медицинских работников занимает особое место в механизме социальной защиты населения России.

Работники здравоохранения, воздействуя своей деятельностью на уровень здоровья населения, способствуют снижению социальной напряженности в обществе. Характерной чертой переходного периода к рыночным отношениям в российском здравоохранении является противоречие между потребностями в социально-правовой и экономической защите медицинских работников, с одной стороны, и недостаточными ресурсами для удовлетворения этих потребностей — с другой.

В настоящее время в здравоохранении России происходит процесс разгосударствления и приватизации, создаются новые организационно-правовые структуры на базе различных форм собственности; устанавливается система новых экономических взаимоотношений, основанная на конкуренции субъектов здравоохранительной деятельности.

Переход к рыночной экономике неизбежно сопряжен с банкротством неконкурентоспособной части субъектов рыночных отношений, ростом числа безработных во всех сферах народного хозяйства, в том числе и в отраслях непроеизводственной сферы, включая здравоохранение. Поэтому актуальность создания механизма социальной защиты работников здравоохранения в условиях перехода к рыночным отношениям значительно возрастает.

В концепции социальной защищенности медицинских работников должны быть четко определены функции социальной политики государства. При этом следует подчеркнуть, что деятельность в сфере здравоохранения в свою очередь оказывает активное воздействие на социальную политику государства, выполняя роль обратной связи в системе управления социальными процессами в стране.

В настоящее время в России действует Закон «О медицинском страховании граждан РСФСР». Практическая реализация этого Закона связана с решением вопросов охраны здоровья населения и разработкой механизма социальной защиты различных категорий работающих, в том числе и работников здравоохранения.

Основные направления социальной политики государства в отношении этой категории работников (в условиях перехода к рыночным отношениям) должны быть обусловлены их социальной защитой от воздействия негативных факторов рынка и поддержанием благосостояния занятых в сфере здравоохранения на уровне, способном обеспечить их эффективную деятельность. Для этого необходимо разработать меры по реализации принципов социально ориентированной рыночной экономики; осуществить кардинальные преобразования в сфере трудовой деятельности медицинских работников, направленные на создание благоприятных условий труда, повышение культуры лечебно-профилактической деятельности и т. д.

По оценкам экспертов, решение этих проблем будет способствовать мобилизации около 40 % резервов повышения качества и эффективности труда занятых в отрасли. Например, специалистами НИИ социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением им. Н. А. Семашко РАМН с помощью специально разработанных карт опроса были комплексно исследованы социально-гигиеническое состояние здоровья, гигиенические, психофизиологические, организационные и эргономические аспекты условий труда, быта и образа жизни врачей на базе 349 поликлиник и стационаров.

В современных условиях вопросы оптимизации условий труда, решения социальных проблем и оздоровления лиц, работающих

в здравоохранении, приобретают все большее значение. Об этом свидетельствуют высокий уровень утраты трудоспособности в отрасли, а также поступающие в Министерство здравоохранения РФ и ЦК профсоюза медицинских работников жалобы с мест.

В связи с этим практическое значение имеют меры по охране здоровья медицинских работников, основанные на изучении физиологических аспектов труда врачей и медицинских сестер, их заболеваемости в зависимости от вида трудовой деятельности.

На рабочих местах врачей в терапевтических отделениях поликлиник и стационаров в течение рабочей смены проводились замеры ряда показателей: уровня шума, искусственной освещенности, параметров микроклимата (температура, относительная влажность, скорость движения воздуха), содержания общего количества микроорганизмов и патогенной микрофлоры в 1 м³ воздуха. В тех же ЛПУ изучались планировочные решения и показатели санитарно-технического состояния городских поликлиник и стационаров. Были обобщены и мнения врачей о существующих условиях их труда.

Наряду с субъективной оценкой проведено эргономическое исследование рабочих мест и рабочих поз врачей ЛПУ с помощью специального комплекса объективных методов эргономической системы. Использовались антропометрический, хронометражный, фотогониометрический методы, а также способы матричной оценки и метрических угловых измерений.

Психофизиологические факторы трудовой деятельности терапевтов изучали, определяя субъективные ощущения усталости и объективные признаки утомления. Кроме того, исследовали деятельность ЦНС (мышление, память, внимание, условные рефлексы), сердечно-сосудистой и других систем.

Заболеваемость обследуемого контингента с временной утратой трудоспособности анализировали, выкопировав соответствующие данные с первичных учетных документов (листки нетрудоспособности).

С целью обоснования комплекса мероприятий по совершенствованию режимов труда и отдыха персонала врачей были проведены серии психофизиологических исследований терапевтов ЛПУ.

В ходе исследований было установлено, что санитарно-гигиенические условия труда терапевтов городских поликлиник и стационаров (особенно участковых терапевтов) нельзя считать удовлетворительными. К числу неблагоприятных факторов, определяющих условия их труда, выявленных как путем социологического исследования, так и в результате лабораторных испытаний, относятся наличие нагревающего и охлаждающего микроклимата, повышенное содержание в воздухе рабочих мест углекислого газа и пыли, параметров шума (в 70 % случаев), бактериальной загрязненности, недостаточной освещенности рабочих мест (в 40 % случаев).

С помощью специального (с учетом особенностей организации труда) комплекса объективных и субъективных методов изучения

эргономических аспектов условий труда было выявлено, что устранимым фактором, влияющим на напряженность труда и его результаты у участковых терапевтов на амбулаторном приеме, является наличие вынужденных (неудобных) рабочих поз. Это обусловлено нерациональной (без учета эргономических требований) организацией рабочих мест, неправильным подбором и размещением мебели и оборудования.

Известно, что в неудобной рабочей позе, составляющей 11,4 % рабочего времени на амбулаторном приеме (связанной с наклоном туловища), осуществляется деятельность врача — осмотр и обследование больных. Кроме того, в неудобной рабочей позе, составляющей $\frac{1}{3}$ рабочего времени приема пациентов в поликлинике, врачи заполняют медицинскую документацию.

Использование методик количественной интегральной оценки утомления и тяжести медицинского труда позволило выявить психофизиологический профиль утомления терапевтов и отнести их труд к высокой — IV категории тяжести (напряженности) труда.

Заболеваемость с временной утратой трудоспособности врачей ЛПУ, составляя 98,3+3,4 % случая и 1244,1+12,1 дня на 100 работающих при средней продолжительности случая 12,7 дня, возрастает с увеличением возраста и стажа работы в основном за счет болезней органов дыхания, системы кровообращения, нервной системы, органов чувств и органов пищеварения. Среди врачей установлено значительное число длительно и часто болеющих лиц, а также низкий индекс здоровья (19,5 %) у работников, проработавших в данном учреждении полный год.

В организации медицинского обслуживания врачей ЛПУ выявлено следующее: из числа лиц с хронической патологией лишь незначительная доля (35,3 %) находится под постоянным наблюдением, большая часть опрошенных врачей (46,4 %) не удовлетворена организацией и качеством оказываемой им медицинской помощи.

Таким образом, необходимы оптимизация функционального состояния организма врачей; сохранение и укрепление их здоровья в процессе трудовой деятельности; повышение эффективности труда путем реализации научно обоснованного комплекса мероприятий по совершенствованию режимов труда и отдыха; снижение производственного утомления и повышение работоспособности в условиях организованных в лечебно-профилактических учреждениях «зон внутрисменного отдыха».

Механизм социальной защищенности работающих в здравоохранении должен базироваться на критериях социально-экономической эффективности, результатах изучения физиологических аспектов труда врачей и медицинских сестер, особенностях их заболеваемости в зависимости от вида трудовой деятельности. На основе экономических критериев (с учетом перехода к рынку) определяются приоритетные социальные мероприятия и рассчитывается объем финансовых ресурсов, необходимых для их прове-

дения. Социальные критерии служат основой для выбора потенциальных потребителей социальных выплат и услуг.

Величина норматива отчислений на социальные нужды зависит от соотношения социальных выплат и фонда оплаты труда в учреждении (на предприятии). Превышение величины отчислений на социальные цели по сравнению с нормативом снижает эффективность общественного воспроизводства. Расчеты показывают, что выплаты из фондов социальной защиты имеют реальное значение лишь в том случае, если суммарные отчисления от фонда оплаты труда на социальные нужды составляют примерно 25 %.

Значительное увеличение социальных выплат существенно влияет на развитие инфляционных процессов в стране. При развитии неблагоприятных тенденций в экономике России рост отчислений на социальные цели как инфляционного фактора может резко усилиться. Тогда вся система социальной защиты способна превратиться в источник гиперинфляционных процессов. Однако доля отчислений (на нужды социальной защиты) до оптимального уровня должна снижаться постепенно, в рамках проведения комплексной антиинфляционной программы. На современном этапе более актуальна задача оптимизации структуры социальных расходов.

В настоящее время работники здравоохранения, так же как и другие категории занятых, получают ряд социальных выплат, например пенсионное обеспечение по старости, пособия по временной нетрудоспособности, пособия на детей и т. д. Однако социологические исследования свидетельствуют о том, что уровень социальной защиты работников здравоохранения ниже требуемого.

Неэффективность структуры расходов на социальные цели в значительной степени определяется тенденциями уравнительного распределения материальных благ, недостаточным использованием негосударственных источников финансирования. Поэтому, решая задачу создания эффективного механизма социальной защиты работников здравоохранения, необходимо, во-первых, сформировать рациональную структуру источников финансирования и, во-вторых, рационализировать механизм финансирования социальных расходов.

Очевидно, что стратегические цели государства в области социальной политики должны быть связаны с достижением социальной свободы граждан и повышением уровня их жизни. Тактика поэтапного претворения в жизнь этой стратегии определяется содержанием намеченных преобразований в области здравоохранения.

Так, на этапе кризисного развития экономики вырабатывается краткосрочная социальная политика, на этапе восстановления — среднесрочная, на этапе экономического подъема — программа, определяющая долгосрочную социальную политику государства.

На этапе кризисного состояния экономики резко возрастает необходимость увеличения расходов на медико-социальные программы; на этапе восстановления создаются предпосылки для реа-

лизации принципа самообеспечения (самозащиты) за счет развития обязательного и добровольного медицинского страхования, персонификации и приватизации пенсионного обеспечения.

Для реализации стратегии активной социальной политики на этапе восстановления экономики необходимо разработать мероприятия:

- по повышению эффективности использования ресурсов, выделяемых из бюджета государства и других источников;

- постепенного увеличения доли платного здравоохранения. Используя социальные нормативы, следует определить рациональное сочетание платных и бесплатных медицинских услуг.

Этап экономического подъема связан с проведением комплексной реформы в области социальной защиты работников отрасли, что предполагает перенос центра тяжести в финансировании расходов на социальные нужды с федерального уровня на региональный.

Система срочной социальной помощи медицинским работникам в условиях кризисного состояния экономики предусматривает разработку комплекса дополнительных мероприятий по материальной помощи этой категории работающих. Социальная помощь может осуществляться как за счет федерального и местных бюджетов, так и за счет специально создаваемых фондов поддержки медицинского персонала (сверх социальных гарантий, традиционно реализуемых через систему социального обеспечения).

Социальная помощь медицинским работникам должна базироваться на следующих основных принципах:

- адресность (с учетом дифференцированного подхода при определении размеров и видов помощи);

- гарантированность, предполагающая обязательное оказание помощи работникам, обратившимся за ней;

- комплексность, т. е. возможность предоставления одновременно денежной и натуральной помощи, а также помощи в виде услуг и льгот в объеме, достаточном для выхода из критической жизненной ситуации;

- рациональное сочетание самостоятельности местных органов власти при организации социальной поддержки и централизованно проводимых мер на федеральном уровне;

- социальное реагирование, т. е. пересмотр социальных нормативов по мере роста стоимости жизни, изменения уровня занятости и укрепления ресурсов в экономике страны.

Субъектами социальной помощи являются все работники здравоохранения, а право на ее получение предоставляется особо нуждающимся и наиболее квалифицированным работникам с учетом результатов проверки их доходов и материально-бытовых условий жизни.

Предоставление социальной помощи в настоящее время возможно на базе действующих структур социальной поддержки населения, а в перспективе целесообразно создание новой инфра-

структуры, ориентированной на рыночный механизм предоставления социальных благ.

Сегодня работники здравоохранения получают следующие виды социальной помощи:

- денежную (ежемесячная и единовременная) в виде общих пособий и пособий семьям с детьми;
- натуральную в виде предметов первой необходимости, гарантированного продуктового набора, организации бесплатного питания;
- в виде услуг и льгот;
- гуманитарную.

Механизм социальной защиты медицинского персонала может осуществляться как на государственном, так и региональном уровне. В качестве основы для создания такого механизма выступают методические рекомендации по разработке минимальных потребительских бюджетов для различных категорий работников отрасли с учетом уровня их квалификации, социальной потребности в той или иной медицинской специальности и т. д.

При резком росте цен на основные продукты питания и товары народного потребления целесообразно предусмотреть единовременное введение упреждающих компенсационных надбавок к зарплате, пенсиям и пособиям. Механизм решения всех социальных проблем должен быть заложен в федеральные и региональные социальные программы, разрабатываемые органами социальной защиты.

Этот механизм должен предусматривать дополнительные возможности Министерства здравоохранения РФ по социальной защите населения, льготное налогообложение учреждений социальной сферы, формирование банка данных о нуждающихся в социальной помощи, обеспечение органов социальной защиты необходимыми кадрами, возможность передачи территориальным органам социальной поддержки ряда предприятий торговли, общественного питания и т. д.

В современных условиях актуальной становится разработка нормативных актов, регулирующих предоставление новых видов социальной помощи за счет средств региональных фондов социальной поддержки медицинского персонала. Деятельность государственных и частных систем социального обеспечения должна регулироваться едиными нормативными актами.

Механизм социальной защиты работников здравоохранения может быть эффективно реализован только при соответствующем ресурсном обеспечении, для чего необходимо определить общий объем ресурсов в натуральном и стоимостном выражении на основе нормативов, разрабатываемых и утверждаемых федеральными и территориальными органами управления. Эти расчеты должны лежать в основе определения общей суммы затрат на развитие программ социальной защиты.

Ресурсное обеспечение социальных программ осуществляется либо за счет бюджетных ассигнований (в виде обязательных до-

таций из республиканского бюджета на наиболее значимые мероприятия), либо через привлечение дополнительных источников финансирования в виде единовременных целевых ассигнований, доплат и дотаций, средств благотворительных фондов, спонсоров, предприятий и организаций.

Перспективная модель социально-правовой и экономической защиты работников здравоохранения охватывает широкий спектр мероприятий, в числе которых долгосрочная политика в социальной сфере, формирование источников финансирования социальных программ, совершенствование действующих форм социальной защиты, медико-социальная экспертиза условий жизнедеятельности работников данной отрасли и т. д.

Эффективность системы их социальной защиты существенно повышается, если ее реализовывать не локально, а комплексно, одновременно с решением социально-экономических, финансовых, правовых и организационно-технических задач. При финансировании этой системы необходимо исходить из того, что социальное обеспечение не имеет реальной страховой основы, а формирование его внебюджетных фондов представляет собой лишь механизм перераспределения валового национального продукта.

По аналогии с пенсионным фондом целесообразно разработать принципы инвестирования резервных финансовых средств, а также механизм оформления задолженности государства в индексированных государственных облигациях долга по социальному страхованию. Кроме того, тарифы взносов на социальное страхование работников ЛПУ необходимо привести в соответствие с объемом средств, требуемых для дифференцированного социально гарантированного минимума обеспечения. Средства территориальных (муниципальных) фондов социальной поддержки могут формироваться за счет различных источников:

- передачи части средств из республиканского или местного бюджетов;

- разделения поступлений от налогов и сборов между федеральным, республиканским и местным бюджетами (на основе дифференцированных нормативов отчислений);

- введения целевого муниципального налога;

- средств, формируемых за счет других источников, разрешенных законодательством Российской Федерации.

Одним из направлений повышения эффективности действующих форм социальной защиты медицинских работников является улучшение их пенсионного обеспечения. На первом этапе предусмотрено введение индексации пенсии. В дальнейшем пенсионное обеспечение должно осуществляться с учетом индивидуальных страховых вкладов. В перспективе возможно также введение негосударственных пенсионных фондов.

Таким образом, происходящие изменения в экономике России требуют создания принципиально нового механизма социально-правовой и экономической защиты различных категорий населения. Основные законодательные акты и нормативные документы

должны регламентировать характер выплат, их размер и место получения, предоставляемые льготы (в том числе в решении жилищных проблем, по уходу за ребенком, налогообложению, трудоустройству и т. д.). Например, обязательным элементом социальной защиты работников служб охраны здоровья, очевидно, должен быть страховой фонд их профессиональной защиты. Высокий риск профессиональной деятельности этой категории работающих предполагает наличие средств для материальной компенсации в случае неблагоприятных исходов клинко-диагностических исследований и лечебных мероприятий. Как субъект хозяйственной деятельности ЛПУ может создавать обособленный страховой фонд в децентрализованном порядке.

Переход к рыночной экономике расширяет границы самострахования и самофинансирования. Для работников здравоохранения этот процесс трансформируется в создание фонда риска на случай наступления неблагоприятных исходов лечения.

Порядок создания и использования страхового фонда определяется уставом ЛПУ. В медицинских кооперативах, акционерных обществах, страховых медицинских организациях и лечебных учреждениях такой фонд, как правило, составляет от 15 до 25 % уставного фонда путем ежегодных отчислений до достижения фондом размера, указанного в учредительных документах.

Средства страхового фонда могут постоянно находиться в ликвидной форме: в виде депозитов в банках, акциях и государственных казначейских обязательствах. Страховой фонд предназначен для возмещения возможного причинения вреда здоровью застрахованного больного по вине медицинского персонала.

В страховом фонде реализуются коллективные и профессиональные интересы работников здравоохранения, отражаются взаимосвязи между социальными позициями участников лечебно-профилактической деятельности. Страховой фонд создает условия для более полной реализации профессиональных качеств медицинского персонала, гарантирует большую мобильность и гибкость экономического механизма страхового здравоохранения. Средства этого фонда расходуются строго по целевому назначению: на возмещение ущерба пострадавшим и выплату страховых сумм в соответствии с установленными условиями страхования.

Социальная защита фармацевтических работников. В современных условиях перехода к рыночным отношениям особенно актуальна разработка эффективных мер социальной защиты фармацевтических работников. Наиболее значима в этом плане оптимизация производственных условий труда этой категории работающих.

Проведенные социально-гигиенические исследования подтвердили, что заболеваемость с временной утратой трудоспособности (ВУТ) среди фармацевтических работников значительно выше, чем среди других категорий трудящихся. В табл. 1 приведены результаты (за 3 года наблюдения) социально-гигиенического изучения заболеваемости с ВУТ различных категорий работающих.

**Результаты социально-гигиенического изучения заболеваемости с ВУТ
различных категорий работающих**

Категория работающих	Число случаев заболеваний	Продолжительность нетрудоспособного периода, дни
Фармацевтические работники	82,8	955,6
Медицинские работники	66,6	918,1
Работники других отраслей народного хозяйства	71,5	878,7

Из данных табл. 1 следует, что заболеваемость с ВУТ у фармацевтических работников по сравнению с медицинскими работниками и занятыми в других отраслях народного хозяйства значительно выше как по числу случаев заболеваний, так и по продолжительности нетрудоспособного периода. Дневные потери рабочего времени по причине болезни среди работников аптечных складов составляют 2,6 % годового фонда рабочего времени, в то время как у работников других отраслей народного хозяйства они равны 2,4 %. Причем у административно-управленческого персонала аптечной службы (заведующего и заместителя заведующего складом, отделом) число случаев и продолжительность нетрудоспособного периода в 1,2 раза больше, чем у провизоров и фармацевтов, выполняющих основные производственные операции. Это можно объяснить большей нервно-эмоциональной нагрузкой административно-управленческого персонала, сквозняками, приемом и отпуском лекарств на открытом воздухе и рядом других факторов.

Результаты анализа структуры заболеваемости по нозологическим формам показали, что по числу случаев в целом по аптечному складу наибольший удельный вес имеют острые простудные заболевания (43 %), болезни периферической нервной системы (11 %), органов пищеварения (8 %) и ряд других. При этом женщины чаще болеют острыми простудными заболеваниями, а мужчины — сердечно-сосудистыми, болезнями органов пищеварения, почек и мочевыводящих путей.

Анализ также подтвердил, что заболевания более чем у 47 % фармацевтических работников являются следствием неблагоприятных условий труда на аптечных складах, т. е. это производственно обусловленные заболевания.

Кроме того, фактическая заболеваемость работников аптек значительно выше из-за наличия «скрытой заболеваемости». Фармацевтические работники вдвое чаще, чем в среднем население России, болеют гриппом, болезнями периферической нервной системы, органов дыхания и верхних дыхательных путей; более чем в 1,5 раза чаще — гипертонией, болезнями почек, сосудов, ишемической болезнью сердца (ИБС) и т. д. В среднем аллергические заболевания на 100 работающих фармацевтических работников

составляют 1,3 случая (1,5 % от общего числа случаев заболевания). По данным опросов, фактически подверженными аллергическим реакциям считают себя 37 % фармацевтических работников, 92 % из которых заболели в период работы в аптеке¹. Из числа опрошенных 19 % вынуждены были сменить свою работу по причине сенсibilизирующего действия лекарственных средств и химических реагентов.

В настоящее время в России функционирует 140 контрольно-аналитических лабораторий, в которых трудится 1,2 тыс. специалистов с фармацевтическим образованием, из них 87 % провизоры-аналитики. Анализ заболеваемости среди этой категории лиц позволил установить, что в среднем на 100 работающих число больных составляет 50 человек, а число дней нетрудоспособности — 1066, средняя длительность одного случая временной нетрудоспособности — 12,6 дня, а кратность болезни — 1,7².

Эти показатели значительно превышают средние показатели заболеваемости населения России. При этом бронхитом, трахеитом, трахеобронхитом, гайморитом, ринитом и рядом других болезней фармацевтические работники лабораторий болеют в 3—4 раза чаще, чем медицинский персонал и работники других отраслей народного хозяйства³. Таким образом, приведенные данные свидетельствуют о наличии целого комплекса производственно обусловленных факторов заболеваемости среди фармацевтических работников.

Результаты исследований подтвердили, что по степени вредности и опасности труд этой группы лиц относится к V категории тяжести. Поэтому требуется разработка соответствующей концепции социальной защищенности фармацевтических работников, основу которой должны составлять следующие положения.

Во-первых, фармацевтическим работникам должны предоставляться профессиональные льготы и компенсации, облегчающие их труд и позволяющие снизить уровень профессионально обусловленной заболеваемости, причем льготы и компенсации должны иметь все категории фармацевтических работников независимо от формы собственности и организационно-правового статуса объектов, где они трудятся.

Дополнительные льготы и компенсации фармацевтическим работникам целесообразно вводить в виде доплат к должностному окладу (не менее 20 %), дополнительного отпуска (12 дней и более), права на льготное обеспечение, сокращенный рабочий день и бесплатную выдачу молока.

Во-вторых, разрабатывая компенсацию социальной защищенности фармацевтических работников, необходимо уделить большое внимание научной организации их труда. Совершенствование

¹ Лопатин П. В. Организация фармации как наука // Фармация. — 1992. — № 2. — С. 11.

² Там же, с. 14.

³ Охрана здоровья в СССР: Статист. сборник. — М., 1990. — С. 241.

организации труда этой категории работающих должно быть направлено на повышение их работоспособности, стимулирование достижения высоких конечных результатов и т. д.

Таким образом, рассмотренные элементы механизма социально-правовой и экономической защиты различных категорий работающих создают необходимую экономическую и правовую основу повышения эффективности общественного производства в различных отраслях народного хозяйства, включая здравоохранение.

1.4. Опыт совершенствования здравоохранения в экономически развитых странах

В основе рыночных отношений лежат как специфические конкретные (социально-экономические, исторические, демографические, географические) условия, так и общеэкономические закономерности становления и функционирования рыночного хозяйства.

Углубляющийся кризис с его проблемами отрицательно влияет на ситуацию в области медицинского обслуживания. Ведь новые формы и методы хозяйствования не всегда могут реализовать свои преимущества, а масштабы решаемых при этом задач не отвечают их потенциальным возможностям. В связи с этим необходимо проанализировать опыт совершенствования здравоохранения в экономически развитых странах, разрабатывавшиеся там десятилетиями механизмы рыночного взаимодействия и повышения эффективности здравоохранения, а также способы его выживания в условиях конкуренции.

Овладение рыночной стратегией позволит (причем не в меньшей степени, чем овладение новейшими медицинскими технологиями) значительно сократить сроки становления сферы платных медицинских услуг, сэкономить материальные и финансовые ресурсы отечественного здравоохранения.

В послевоенный период во многих промышленно развитых странах рост благосостояния населения сопровождался увеличением доли валового национального продукта, выделявшейся на финансирование здравоохранения. Этим во многом и определяются уровень развития современной медицины и высокое качество предоставляемых лечебных услуг.

Одной из важнейших проблем совершенствования здравоохранения является определение бюджета больницы, исходя из расчета затрат на услуги.

Для большинства промышленно развитых стран характерно определение бюджета больницы на основе плановых пациентодней и нормативных текущих затрат, приходящихся на 1 пациент-день. При этом больных дифференцируют по степени сложности патологии. Если нагрузка учреждения ниже запланированной, то бюджет больницы сокращается. В дальнейшем необходимость его увеличения руководство лечебного учреждения детально обосновывает. Согласно модели, определяющей состав затрат, включаемых в себестоимость медицинских услуг, предусматривается

их разделение на детальные и простые (представляющие собой совокупность детальных услуг, например пролеченный больной).

Рост расходов на здравоохранение в зарубежных странах обусловлен преимущественно расширением доступности медицинской помощи населению, повышением стоимости услуг, применением дорогостоящих технологий, усилением процессов их коммерциализации и увеличением административных затрат.

В связи с этим за рубежом уделяют огромное внимание снижению роста стоимости медицинской помощи, повышению ее эффективности и качества в первую очередь за счет экономии издержек.

Основным источником частичной компенсации расходов населения на здравоохранение в экономически развитых странах является система страхования здоровья граждан с разнообразными формами возмещения затрат.

Мировой опыт свидетельствует о различных организационных формах медицинского страхования, которые определяются степенью регулирования системы обязательного медицинского страхования, государственным законодательством, степенью распространения коллективных форм страхования, стоимостью медицинских услуг, уровнем жизни людей.

Существующие в мире системы страхования различаются прежде всего по основным источникам их финансирования и принадлежности: государственные, общественные, частные, смешанные, а также субсидируемые из общественных и государственных фондов. Это же касается и условий страхования, содержания оказываемых услуг, организационных форм их предоставления. В каждой стране действует несколько систем страхования здоровья, но в целом их можно классифицировать по следующим 3 основным группам:

- частное, характерное преимущественно для США и ЮАР;
- социальное — для Франции и Голландии;
- бюджетно-социальное — для Канады, Швеции, Норвегии и др.

Целесообразно оценить различные модели финансирования расходов на здравоохранение в системе медицинского страхования, принятой в экономически развитых странах. Так, в звене амбулаторно-поликлинического обслуживания населения поощряется так называемая групповая врачебная практика. В этом случае группа врачей обязуется оказывать помощь лицам, проживающим на данной территории, при условии предварительной уплаты фиксированных взносов медицинской страховой организацией. Поэтому врачам выгоднее проводить оздоровительно-профилактические мероприятия, чем оказывать клиничко-диагностические услуги.

Для большинства экономически развитых стран в настоящее время характерны переход на универсальные системы медицинского страхования, государственная унификация процессов страхования и централизация страховых фондов. При этом важно рационально и эффективно использовать финансовые средства, а также совершенствовать систему отчетности (в том числе за счет разра-

ботки преискурантов медицинских услуг). Такой преискурант цен базируется на КСГ болезней, позволяющих выделять однородные в стоимостном выражении группы пациентов и формировать на этой основе стоимостные нормативы их лечения. Расчеты по нормативам, сформированным согласно КСГ болезней, широко распространены во всех странах.

Рассмотрим опыт совершенствования здравоохранения в некоторых экономически развитых странах.

Соединенные Штаты Америки. Индивидуальное и семейное страхование здоровья граждан в США в основном обеспечивают предприятия за счет группового страхования, а также национальных (государственных) программ «Медикэр» (для лиц старше 65 лет) и «Медикэйд» (для малообеспеченных слоев населения), общественных программ штатов, общин, университетов и источников частного страхования.

В США страхованием на случай заболевания или травмы охвачены от 85 до 90 % всего населения страны. В 90-х годах расходы на здравоохранение в этой стране правительством возмещались на 40 %, занятыми в сфере производственно-хозяйственной деятельности и работодателями — на 30 % соответственно. При этом величина взноса в систему обязательного страхования определялась не только числом застрахованных и условиями страхования, но и величиной дохода (процентная ставка уменьшается с увеличением дохода при возрастании его общей суммы). Ежегодные расходы среднестатистической американской семьи на страхование составляли 400 долл. Служба социального страхования финансируется посредством целевых взносов предпринимателей, самих работников и субсидий государства — из целевых и общих бюджетных поступлений.

Программа «Медикэйд» не является собственно программой страхования здоровья, так как застрахованный не платит ни страховых взносов, ни специального налога. Эта программа финансируется из общих налоговых поступлений: на 50 % из федерального бюджета и на 50 % из бюджета штата. В каждом штате эта программа (а их в стране около 50) отличается своими особенностями: условиями предоставления страховки, перечнем оплачиваемых видов услуг, длительностью их оплаты. Однако каждая из этих программ не выходит за пределы основных принципов, зафиксированных федеральным законодательством. Малообеспеченные лица в возрасте старше 65 лет могут получать помощь одновременно по двум программам — «Медикэр» и «Медикэйд».

Программа «Медикэйд», принятая в 1965 г., позволила обеспечить медицинской помощью более 20 млн американцев старше 65 лет и 2,8 млн инвалидов. Страхованием на случай госпитализации предусматривается оплата 120 дней пребывания в больнице 1 раз после достижения 65 лет, а затем еще 60 дней ежегодно. Оплата более длительного срока лечения программой не предусмотрена. Затраты на квалифицированную сестринскую помощь

компенсируются в течение 100 дней. Расходы на оздоровительно-реабилитационные услуги возмещаются в течение 6 нед в первую очередь лицам пожилого возраста.

Программа «Медикэр» предусматривает преимущественно покрытие расходов на амбулаторную помощь и лечение острых заболеваний. Программа в основном оплачивает все виды лечебной помощи (кроме зубоврачебной и оптометрической). Расценки за инструментальное исследование выше, чем за традиционные клинико-диагностические методы исследования. Это способствует расширению масштабов применения дорогостоящих медицинских технологий.

Частные страховые компании предлагают различные виды страхования здоровья. Бесприбыльные частные медицинские компании («Синий щит», «Голубой крест», «Кайзер») вносят предварительную оплату (превышающую, впрочем, фактическую стоимость медицинских услуг) при расчетах с лечебными учреждениями. В коммерческих страховых компаниях условия страхования также достаточно разнообразны. Больницы обычно перекладывают оплату дополнительных расходов (не предусмотренных программами «Медикэр» и «Медикэйд») на организации частного медицинского страхования. Таким образом, в США 60 % расходов по системе страхования здоровья граждан покрывают частные страховые компании и только 20 % финансируются из государственных фондов, а еще 20 % приходится на смешанную систему страхования.

В США успешно функционирует система предварительного возмещения затрат, позволяющая больницам формировать свой бюджет за счет фиксированных перечислений из страховых фондов. При этом тарифы определяются, исходя из предполагаемых объемов медицинской помощи на основании КСГ болезней. Поскольку при таком методе сверхнормативные расходы не компенсируются, а экономия не изымается, то лечебное учреждение заинтересовано в повышении качества предоставляемых услуг.

Однако эта система имеет ряд недостатков, так как дополнительная экономия может достигаться за счет досрочной выписки больных и дополнительной нагрузки на амбулаторные учреждения. Возможны повторная госпитализация, нечеткая формулировка диагноза, а также другие упущения и даже злоупотребления в деятельности учреждений здравоохранения.

Поэтому в ряде стран тарифы на оплату услуг рассматривают совместно больничные ассоциации, медицинские страховые организации и представители местной администрации; перечень оплачиваемых услуг утверждается на федеральном уровне. Оклады врачей в этом случае устанавливают путем переговоров между врачебными и больничными ассоциациями.

Согласно материалам комиссии американского Конгресса в 1991 г. на реализацию программы по развитию здравоохранения США было израсходовано 15 % общих затрат федерального бюджета. В 1990 г. доля расходов на здравоохранение (в валовом

национальном продукте) в США составила 12,9 % (против 2 % в России), что значительно превысило аналогичные расходы в других промышленно развитых странах. Например, в Канаде эта доля была равна 9 %, в Германии — 8,9 %, Японии — 6,5 % и Великобритании — 6,1 %. В расчете на 1 американца расходы на здравоохранение составляют около 2500 долл., что позволило США занять I место в мире по размерам отчислений на здравоохранение, опережая Великобританию на 170 % и Канаду — на 38 %. В США полисами в частных страховых компаниях располагает свыше 60 % населения.

К 1997 г. рост бюджетных расходов на здравоохранение США должен быть более 40 % по сравнению с 1993 г. Отсутствие радикальных реформ в этой социальной сфере может привести к тому, что к 2000 г. доля расходов на эти цели (в валовом национальном продукте) может достигнуть 20 %, или 3,5 триллиона долл.

В США достаточно велики накладные расходы, включающие в себя стоимость ведения бухгалтерской отчетности в лечебных учреждениях. Однако переход на национальную систему страхования здоровья граждан существенно упростил бы ведение отчетности. По оценкам американских экономистов, за счет сокращения доли административных расходов больниц и врачебных офисов может быть получена экономия в размере 21,4 млрд долл., что составляет 6 % общих затрат на медицинское обслуживание в США или 0,63 % национального дохода страны.

Намеченные реформы в американском здравоохранении также предполагают:

- улучшение качества медицинской помощи населению;
- разработку специального комплексного бюджета по сохранению здоровья граждан, акценты которого смещаются в сторону более эффективного медицинского обеспечения незастрахованных лиц;
- научно обоснованное финансирование проводимых оздоровительно-профилактических мероприятий;
- развитие частных систем здравоохранения, изменяющих финансовые акценты в здравоохранении США в первую очередь за счет снижения доли бюджетных расходов и расходов промышленных компаний в общих расходах на здравоохранение.

Практическое значение приобретает опыт создания в США специального консорциума, объединяющего организации, деятельность которых ориентирована на расширение сферы семейного медицинского обслуживания. При этом в центр проводимых медико-социальных исследований ставится отдельная американская семья. Такой подход дает возможность систематически наблюдать и оценивать влияние законодательства и актов исполнительной власти на условия жизни отдельной семьи.

Канада. В Канаде, начиная с 1971 г., действует национальная система универсального страхования здоровья населения. По этой системе оплачиваются все (кроме стоматологических) виды боль-

нических и амбулаторных услуг в рамках бюджетно-страховой системы. Как показывает опыт Канады, система всеобщего (национального) страхования здоровья обеспечивает широкую доступность медицинской помощи для граждан в условиях полного объема ее предоставления и достаточно высокого качества. Финансирование страховых программ основывается на страховых взносах и государственных дотациях. Привлекаются также личные средства пациентов и средства индивидуального страхования.

Здравоохранение в Канаде финансируется из общих местных налоговых отчислений в масштабах провинции. Размер федеральных субсидий не превышает 25 % бюджета здравоохранения провинции. В каждой провинции функционирует государственное страховое агентство, административные расходы которого составляют 2 % общей суммы используемых средств. Помощь населению оказывают как состоящие на государственной службе врачи, так и частнопрактикующие специалисты, работающие в частных стационарах. Медицинская помощь оплачивается по государственным тарифам, которые устанавливаются соглашением между территориальными органами здравоохранения и медицинскими учреждениями. Такой экономический механизм сдерживает растущую стоимость медицинских услуг.

Амбулаторные неврачебные профессиональные услуги в Канаде оплачиваются по медицинским показаниям. Государство финансирует также длительный курс лечения и уход за больным. При этом покрывается до 60 % всех затрат. В целом более 90 % расходов на больничную и поликлиническую помощь в этой стране, а также 75 % всех затрат на здравоохранение компенсируется из общественных фондов.

Как показывает анализ опыта Канады, экономия затрат на здравоохранение достигается за счет всеобщего охвата страхованием здоровья граждан (включая предварительные взносы и административные расходы); экономии на содержании больниц и экономии на оплате врачебной помощи. Затраты по этим трем позициям (в процентах к национальному доходу) составляли соответственно в Канаде — 0,11; 3,48 и 1,35; в США — 0,59; 4,18 и 2,07. В Канаде в 90-е годы на управленческие расходы в системе здравоохранения было выделено около 20 долл. на душу населения.

Федеративная Республика Германия. В Германии с ее традиционной системой социального страхования свыше 90 % населения располагает медицинским полисом. Право выбора территориальной или отраслевой страховой кассы имеет небольшая часть граждан. Медицинские фонды, в которые отчисляется 13 % от фонда заработной платы предприятий, сосредоточены в некоммерческих организациях. При этом работодатель покрывает 80 % расходов по страховке, а работник — 20 %.

В ФРГ распространен гонорарный способ возмещения затрат на медицинское страхование, суть которого заключается в том, что стоимость каждой услуги (оперативное вмешательство) оценивают

в баллах. Затем устанавливают сумму баллов в расчете на конкретного больного. Недостатком этого способа является то, что в расходы на лечение врачи могут необоснованно включать излишние и дорогостоящие процедуры.

Альтернативой гонорарному подходу к компенсации затрат может быть подушевой способ их возмещения при оказании массовой первичной медицинской помощи, принятый в ряде стран. В этом случае оплата труда врача определяется размером его практики, т. е. числом населения, проживающего на данной территории.

Голландия. В Голландии страховые взносы аккумулируются в территориальных фондах, а затем распределяются среди страховых компаний согласно численности и структуре застрахованных лиц. При этом 85 % страховых взносов на обязательное медицинское страхование покрываются средствами территориальных фондов и 15 % — непосредственно потребителями медицинских услуг. Каждому гражданину предоставляется право для медицинского обслуживания прикрепляться и к действующим структурам обязательного медицинского страхования, и к коммерческим страховым компаниям.

В Голландии принят подушевой способ возмещения затрат на медицинское страхование. При этом размер практики врача составляет 1800 человек. Увеличение списочного состава практики сверх установленного оплачивается по пониженным ставкам. Широко практикуются фиксированные доплаты за высокую врачебную квалификацию и опыт, условия работы и др. Несмотря на то что отдельные виды услуг при этом учитывают и оплачивают отдельно (например, ночные вызовы), медицинские работники не заинтересованы в гиперлечении, его удорожании.

Франция. Для здравоохранения Франции характерно, что услуги по медицинскому страхованию оплачиваются либо медицинской страховой организацией, либо непосредственно самим застрахованным. В последнем случае медицинская страховая организация возмещает ему всю сумму полностью или определенную ее часть. Если услуги оказываются частнопрактикующими врачами, то оплата производится через врачебную ассоциацию, с которой у медицинской страховой организации имеется соответствующий договор.

Италия. Итальянские страховые компании предлагают различные варианты страхования по разным страховым тарифам. Заключение договора о страховании предшествует оценке здоровья пациента на основе анкетного опроса. Страховая компания освобождается от ответственности за компенсацию расходов на лечение тех заболеваний, которыми пациент страдал, но не отметил в анкете к моменту заключения соответствующего договора. Максимальный возраст охвата страхованием — 75 лет. На уровень страховых тарифов влияют возраст страхуемого, уровень страховой ответственности по стоимостным характеристикам лечения и принятой страхующимися франшизы. В договоре обязательно предусматриваются условия, при которых страховая компания освобождает

дается от возмещения убытков, не превышающих определенный размер.

Общие тенденции совершенствования здравоохранения в экономически развитых странах. В ряде стран существует система личного участия застрахованных в финансировании затрат на лечение. В этом случае страховые тарифы разрабатываются на основе минимальных расходов на лечение. Все расходы, которые превышают этот минимум, оплачивает больной. Во Франции, например, более 77 % страховой премии, ежегодно получаемой страховыми компаниями по договорам с медицинскими страховыми организациями, приходится на договоры коллективного (обязательного) страхования. В условиях растущей стоимости медицинских услуг страховые выплаты являются гарантией и необходимым условием получения квалифицированной медицинской помощи. Так, в США клинический анализ крови в конце 90-х годов обходился в 500 долл., коронка зуба — в 1000 долл., операция на сердце в связи с инфарктом миокарда — более 120 тыс. долл.

В экономически развитых странах доля личных затрат застрахованных на лечение составляет 20—25 % общих затрат на оказание медицинской помощи. Мировой опыт деятельности медицинских страховых организаций свидетельствует в первую очередь об их специализации. Деятельность этих организаций во многом специфична и требует проведения углубленных медико-статистических исследований, разработки обоснованных тарифов страховых платежей страховой медицинской помощи. Это относится к добровольному и обязательному видам страхования. Законодательство большинства экономически развитых стран предусматривают, что предприятия с экологически вредными производствами обязаны финансировать мероприятия по ликвидации ущерба, наносимого по их вине здоровью населения, проживающего на территории, где находятся данные предприятия.

Наиболее распространенной формой страховых медицинских организаций являются больничные кассы. В Германии, например, число федеральных и местных больничных касс достигает 2000. Основная часть больничных учреждений в большинстве промышленно развитых стран является муниципальной собственностью. Они создаются муниципалитетами с участием крупных фирм, благотворительных фондов и религиозных организаций. Для них характерен «бесприбыльный» статус. Существуют также коммерческие больницы для состоятельных людей, но их доля в промышленно развитых странах не превышает 10 % общего коечного фонда страны.

Использование опыта экономически развитых стран в условиях России. Анализ приведенного в монографии опыта совершенствования здравоохранения в экономически развитых странах показывает, что многие составляющие этого опыта могут быть успешно применены в отечественном здравоохранении при переходе его на рыночные отношения. Например, расширение системы комплексного бюджетирования, развитие частно-индивидуальных форм ока-

зания медико-социальной помощи гражданам и ряд других элементов реформы в США актуальны и для российского здравоохранения. Полезен опыт по расширению сектора индивидуально-кооперативных структур в медицине, систем страхования, государственному субсидированию наиболее важных направлений развития здравоохранения (в том числе института планирования семьи).

Однако ограниченные финансовые возможности российского здравоохранения не позволяют в полном объеме использовать зарубежный опыт в условиях России.

Внедряя рыночные отношения в сферу лечебно-профилактического обслуживания, следует учитывать, что рыночной экономике присущ ряд серьезных недостатков и отрицательных социальных последствий. Они могут быть всесторонне проанализированы и учтены только на основе тщательно разработанной комплексной научной медико-экономической экспертизы процессов страхования и разгосударствления объектов отрасли. Подобная экспертиза предполагает разработку целостной системы прогнозов медико-социальных последствий введения страховой медицины и разгосударствления учреждений отрасли. При этом прогнозы должны характеризовать состояние здоровья граждан на уровне всего общества, каждой социальной группы, отдельного человека.

По существу Законом РФ «О медицинском страховании граждан в РСФСР» уже положено начало процессу разгосударствления сети учреждений здравоохранения. На рынок по распродаже государственных лечебно-профилактических учреждений предполагается в первую очередь вынести те из них, которые оказывают первичную медицинскую помощь (поликлиники, здравпункты, МСЧ, аптеки и др.). Иначе говоря, речь идет о таких объектах комплекса здравоохранения, в которые обращаются больные и где они не только начинают, но и завершают курс лечения. Таким образом, предполагается передать определенную часть первичной медицинской сети, базирующейся на индивидуальной (частногрупповой) и коллективной собственности.

Многоукладность и многообразие форм собственности объективно уменьшают возможность общества контролировать деятельность в рамках МТК. В результате и санитарно-демографические (валеологические) процессы в обществе, и само его здоровье перестанут быть целостным объектом управления, так как в этом случае в системе управления здравоохранением значительно увеличивается число объектов и субъектов управления, возрастает число и сложность функциональных связей. Поэтому управляемость такой системы снижается. К тому же дополнительные трудности возникают с поддержанием благоприятной санитарно-эпидемической ситуации, проведением профилактических мероприятий по охране здоровья общества, борьбе с социальными болезнями, оказанием медицинской помощи в экстремальных ситуациях, когда от многих служб здравоохранения требуется четко скоординированная система действий.

В этих условиях потребность людей в услугах здравоохранения не всегда находит соответствующее выражение в платежеспособном спросе потребителей. К тому же высокий уровень развития рыночных отношений сам по себе не гарантирует еще должного удовлетворения потребностей в диагностике и лечении заболеваний. Кроме того, в экономике имеется комплекс социально-культурных отраслей, для которых углубление рыночного начала создает определенные трудности. Такой критерий, как прибыль, не может считаться приемлемым для определения степени достижения задач в области диагностики, профилактики и лечения заболеваний. Следовательно, необходимо предусмотреть особые условия хозяйствования для субъектов, деятельность которых ориентирована не столько на рыночную конъюнктуру, сколько на удовлетворение жизненно важных потребностей каждого члена общества.

Страны с высокоразвитой рыночной экономикой имеют в своем арсенале особый организационно-экономический механизм, который реализуется через институт некоммерческих организаций, отличается многообразием организационно-правовых форм, включая частные и государственные организации, не ориентирующиеся в своей деятельности на получение прибыли. Такие организационные формы необходимы для того, чтобы исключить прямую заинтересованность лечебного учреждения в увеличении дохода от предоставляемых медицинских услуг. Эта ситуация характерна для медицины, где непосредственный контроль пациента за качеством лечения не только затруднен, но и практически невозможен.

Однако в условиях развитой рыночной экономики отсутствие дохода (либо отсутствие интереса к его получению) означает, что организация (учреждение) лишена стимулов к эффективной деятельности. В связи с этим в уставе некоммерческой организации обязательно должны формулироваться ограничения, касающиеся не возможности получения прибыли, а лишь процедуры ее распределения и использования. Некоммерческие организации вправе расходовать свою прибыль только на благотворительные цели или цели развития организации.

Статус некоммерческой организации означает, что результаты ее функционирования на рынке услуг принадлежат обществу, направлены на достижение интересов пациентов. Вознаграждение работников организации за высокие результаты труда должно быть строго фиксировано. Часто это имеет не материальный, а моральный характер, например продвижение по службе.

Доходы некоммерческой организации могут формироваться из нескольких источников — за счет государственного финансирования, взносов общественных организаций и частных лиц, доходов от коммерческой деятельности (предусмотренной уставом организации) и т. д. Одним из ресурсов организации может стать неоплачиваемый труд добровольцев в благотворительных целях. Государство поддерживает некоммерческую организацию, предоставляя

ей систему льгот, в том числе налоговых. Медицинские некоммерческие организации в странах с развитой рыночной экономикой обычно освобождаются от налогообложения. Более того, налоговые льготы представляются и тем лицам, которые поддерживают эти организации своими средствами.

Эффективной формой контроля за деятельностью некоммерческих медицинских организаций (кроме медицинских ассоциаций, санитарных инспекций, экспертизы и ряда других, имеющих достаточно широкие полномочия) является, как правило, попечительский совет, который призван защищать интересы общества, конкретных потребителей лечебно-профилактических услуг. В состав попечительского совета входят обычно представители муниципальных органов, общественных организаций, медицинских ассоциаций и т. д. Члены совета участвуют в принятии наиболее важных стратегических решений.

Специфическая организационная форма некоммерческой структуры позволяет ей дистанцироваться, с одной стороны, на жесткие требования выполнения ведомственных инструкций, а с другой — на конъюнктурные требования рыночной среды, которые порождают неизбежную ориентацию на формальные критерии оценки эффективности деятельности объектов здравоохранения.

Опыт экономически развитых стран доказывает, что ориентация только на рыночные отношения, уменьшение доли бюджетного финансирования лечебно-профилактической деятельности способны подорвать организационно-экономические основы развития здравоохранения. В то же время внедрение гибких, нетрадиционных подходов (типа некоммерческих организаций) позволяет избежать жесткой регламентации государственной структуры, создать необходимые предпосылки возрождения традиций благотворительности, добровольной активности, социальной гармонии в обществе.

Таким образом, круг социально острых проблем, возникающих в связи с введением в отечественную практику страховой медицины, разгосударствлением объектов здравоохранения, достаточно широк и сложен. В связи с этим требуется их всесторонняя научная проработка не только с юридических и социально-гигиенических, но и с экономических и управленческих позиций.

Глава 2

РАЗВИТИЕ МЕДИКО-ТЕХНИЧЕСКОГО КОМПЛЕКСА В УСЛОВИЯХ ПЕРЕХОДА К РЫНКУ

2.1. Системный подход к анализу медико-технического комплекса

Переход к рыночным отношениям, внедрение научно-технических достижений в практику здравоохранения и ряд других факторов привели к необходимости создания социально-экономических

и правовых основ анализа МТК с позиций системного подхода.

Необходимость проведения системного анализа в здравоохранении обусловлена развитием и усложнением этой отрасли, ее расширяющимися связями с многими подсистемами социальной инфраструктуры общества, потребностями в сохранении и поддержании здоровой окружающей среды. Требуются новые критерии оценки, более строгое определение целей и задач здравоохранения, в частности системы охраны и улучшения здоровья населения в складывающихся рыночных условиях. Это же диктует необходимость выбора оптимальных решений в стратегии развития отдельных служб и подразделений МТК, более тесной их увязки с задачами социально-экономического развития страны.

Разработка главных направлений управления здравоохранением как общественной функциональной системой обеспечит:

- возможность динамической количественной оценки индивидуального и общественного здоровья;

- анализ межотраслевых связей здравоохранения с другими сферами общественной жизни и выявление значимости медико-санитарных факторов в сохранении и укреплении здоровья нации;

- анализ критериев эффективности здравоохранения;

- создание основ информационного обеспечения и разработка математических моделей для различных подсистем здравоохранения, прогнозирование и планирование путей и способов их развития, сопоставление полученных моделей и выбор оптимального пути развития здравоохранения;

- разработку принципов математического моделирования здравоохранения как инструмента управления отраслью.

Уровень здоровья нации и его качество представляют собой результат интегрального воздействия на человека окружающей среды. В связи с этим практическое значение приобретают реализация принципа «от здоровья — к факторам», а также обоснование нормативного прогноза изменения состояния здоровья граждан. Нормативный прогноз — это достижение желаемого уровня здоровья общества и положительной динамики коллективного здоровья популяции. Распространенная практика отнесения индивидов к разным группам здоровья основана на учете функционального состояния их организма как производной от функции основных органов и систем человека.

Современный МТК представляет собой сложную социально-экономическую и организационно-техническую систему, интегрирующую ряд сложных и относительно самостоятельных компонентов здравоохранительной деятельности в единое целое. Поэтому к исследованию МТК надо подходить с позиций системного анализа, который в свою очередь включает в себя логико-структурный, экономический и социальный анализ проблемы.

Логико-структурный анализ позволяет установить внешние связи МТК с другими отраслями народнохозяйственного комплекса, увязав проблемы экономического развития страны и отдельных ее народнохозяйственных отраслей с проблемами развития МТК.

При этом проблема развития МТК формируется как система, выделяются ее основные элементы и осуществляется декомпозиция системы. В дальнейшем на этой основе формируются альтернативные варианты путей развития МТК. Использование принципов системного подхода позволяет выявлять социально-экономическую целесообразность совершенствования того или иного направления МТК, оценивать реальную эффективность выбранных направлений (приоритетов) с учетом действия всего многообразия социально-экономических, правовых, медицинских и других факторов системы более высокого уровня.

Выбор приоритетного направления развития МТК, оптимизация его состава и структуры должны удовлетворять многим требованиям. Так, с точки зрения максимума экономической эффективности МТК, с одной стороны, должен удовлетворять критерию максимума прибыли, обеспечивая минимальные затраты (связанные с функционированием его составляющих), а с другой — лечебно-профилактическим, правовым и социальным критериям, вступающим нередко в противоречие с экономическими требованиями. Например, повышение качества медицинской помощи приводит в ряде случаев к снижению экономической эффективности функционирования МТК.

Состояние здоровья населения, проживающего на любой территории, условно может быть представлено показателем человеко-часов здоровой активной жизни. Службы охраны здоровья населения первыми сигнализируют о социально-гигиеническом и экономическом неблагополучии общества. Соответствующие потери в здоровье выражаются комплексом показателей (санитарно-демографических, социальных, медицинских), величина которых определяется масштабом дефектов в работе системы (условий) жизнеобеспечения людей.

Размеры потерь здоровья (в виде показателей ожидаемой продолжительности жизни, заболеваемости и смертности) могут типизироваться с помощью специальных методов исследования, например таксономического анализа, расчета матриц евклидовых расстояний между территориями, репрезентативными по уровню и структуре здоровья жителей.

Такой подход соответствует представлениям о здоровье как о процессе сохранения и развития биофизиологических и психосоциальных потенций человека, обеспечивающих ему разную степень активности жизни (трудоспособности, социальной мобильности) при максимальной ее продолжительности. Процесс перехода разных индивидов из одной группы здоровья в другую может моделироваться показателями времени пребывания каждого отдельно взятого человека в том или ином состоянии его здоровья с учетом средней продолжительности жизни.

Таким образом, основные характеристики функционирования системы жизнеобеспечения людей, базирующиеся на критериях популяционного здоровья, могут оцениваться, исходя из интегрального показателя количества часов активной жизни населения.

В качестве критериев ущерба от заболеваемости могут выступать как прямые потери национального дохода в виде чистой продукции, так и косвенные — в виде неблагоприятных последствий загрязнения окружающей среды. Ущерб от повышенной заболеваемости складывается из потерь рабочего времени; снижения производительности труда; затрат на лечение в амбулаторно-поликлинических и стационарных учреждениях, проведение оздоровительно-реабилитационных мероприятий; выплат по больничным листам, пенсий по инвалидности и др. Составной частью эколого-экономического ущерба являются предотвращенные экономические потери, определяемые как разность предотвращенного ущерба и затрат на осуществление реабилитационно-профилактических мероприятий.

Такой подход к оценке состояния здоровья населения предполагает системное исследование процессов функционирования МТК.

С позиций системного подхода МТК можно рассматривать как совокупность элементов, объединенных общим назначением. При этом элементы, входящие в МТК, образуют соответствующие подсистемы: лечебно-профилактической деятельности, санитарно-гигиенической службы, аптечной службы, производства медицинской техники. При определенных условиях эти подсистемы можно считать самостоятельными системами. Соответственно внутри них могут быть выделены свои подсистемы.

Внутренние (межэлементные) связи, возникающие внутри МТК и его отдельных подсистем, более устойчивы по сравнению с внешними взаимодействиями с элементами, не входящими в МТК. При этом изменение одного из элементов МТК влечет за собой изменение других составляющих. Например, изменение номенклатуры лекарственных средств и параметров медицинской техники приводит к появлению новых технологий диагностики и лечения больных.

Определенная организация элементов МТК дает ему возможность противостоять воздействию внешних «возмущающих» факторов (например, при возникновении эпидемий, снижении уровня бюджетного финансирования и т. д.). При этом МТК приобретает интегральные (общесистемные) свойства, присущие только системе в целом, но не характерные ни для одного из элементов этой системы в отдельности. Например, качество здоровья населения, качество оказания лечебно-профилактической и фармацевтической помощи зависят от характеристик элементов, входящих в МТК, но полностью ими не определяются. Для этого необходимо учитывать также уровень организации медицинского и фармацевтического обслуживания, действие психологических и ряда других факторов.

Определение приоритетного направления развития МТК, оптимизация его состава и структуры — весьма сложные задачи в связи с необходимостью выбора большого количества зависящих друг от друга параметров и связей в системе и т. д.

На практике подобная задача решается следующим образом:

МТК разбивают на отдельные составляющие: лечебно-профилактическую деятельность, санитарно-гигиеническую и аптечную службы, производство медицинской техники. Анализ и выбор рационального направления развития, оптимизация структуры выделенных составляющих МТК осуществляются последовательно. Декомпозиция МТК позволяет свести процесс анализа и синтеза к линейному. Однако взаимосвязь возникающих при этом частных задач не позволяет сделать процесс анализа МТК полностью линейным. Поэтому на практике используются итеративные методы лечения, означающие, что в процессе анализа и синтеза МТК, выполнения очередных этапов его развития пересматриваются ранее принятые решения.

Сущность системного подхода при выборе приоритетных направлений развития МТК, оптимизации его состава и структуры заключается в следующем: прежде всего на предпроектной стадии формируется проблема и определяются цели, затем собирается информация (экономическая, медицинская, правовая и т. д.) для анализа МТК; устанавливаются альтернативы (т. е. способы достижения поставленных целей) и строятся экономико-математические модели функционирования МТК. На завершающем этапе рассчитывается эффективность каждой альтернативы с точки зрения поставленных целей (критериев) и исследуются различия в эффективности функционирования МТК при изменении отдельных его параметров.

На этапе функциональной и структурной декомпозиции МТК решаются задачи анализа для выявления структурных составляющих этого комплекса, выполняемых ими в процессе осуществления функций, определения оптимального количества элементов той или иной подсистемы МТК.

Важным элементом процесса анализа являются сбор исходных данных и формирование его массива. Для этого анализируют и выбирают оптимальные условия функционирования МТК с учетом внутренних и внешних факторов. При этом в качестве внешних факторов выступают действующие нормативно-законодательные акты, приоритетное развитие экономики страны и т. д.

На этапе анализа формируется вектор качества (эффективности) функционирования МТК.

$$\bar{E} = f(\mathcal{E}_1, \mathcal{E}_2, \dots, \mathcal{E}_n),$$

где $\bar{E}$ — вектор качества (эффективности) функционирования МТК; f — функция, устанавливающая взаимосвязь между вектором качества и его компонентами; $\mathcal{E}_1, \dots, \mathcal{E}_n$ — компоненты вектора качества (эффективности) функционирования МТК.

Компонентами вектора качества (эффективности) служат уровень здоровья общества, качество лечебно-профилактической и фармацевтической помощи, изготавливаемой медицинской техники и др.

Задача синтеза МТК заключается в создании такой структуры рассматриваемого комплекса (с учетом условий его функциониро-

вания, выполняемых функций и действующих медицинских и нормативно-правовых ограничений), в которой компоненты вектора качества (эффективности) в совокупности характеризовались бы оптимальными значениями по заранее выбранным критериям. Таким образом, задача синтеза МТК состоит в первую очередь в выборе его оптимальной структуры и разработке принципов его построения, функционирования и оптимизации, а также в определении оптимальных значений параметров анализируемого комплекса.

Поскольку синтез МТК проводится на основе использования вектора качества (эффективности), учитывающего соответствующие экономические, медицинские, социальные и другие показатели, то он является векторным синтезом. В результате этого синтеза МТК происходит согласование его отдельных составляющих (лечебно-профилактическая деятельность, аптечная и санитарно-гигиеническая система, производство медицинской техники) по различным параметрам, например по критериям оценки эффективности его функционирования. Одновременно унифицируются организационно-правовые условия деятельности различных составляющих МТК, включая разработку единого механизма налогообложения, предоставления экономических и социальных льгот с учетом расширения самостоятельности различных организационно-правовых структур МТК, действующих в условиях рыночных отношений.

Таким образом, изложенные принципы системного подхода к анализу и синтезу МТК дают возможность анализировать развитие и совершенствование этой важнейшей социальной сферы народного хозяйства в динамике, учитывая действие всего многообразия факторов конкурентного рынка, возникающих взаимосвязей между составляющими МТК, а также «возмущающих» и регулирующих воздействий окружающей среды. Это позволяет ориентироваться на достижение максимальной лечебно-диагностической и социально-экономической эффективности служб и подразделений всего МТК.

2.2. Концепция развития здравоохранения

Несмотря на избавление человечества от неизлечимых ранее недугов, потребность в лечебных и санитарно-профилактических услугах возрастает. Это обусловлено действием достаточно большого числа факторов, таких, как научно-технический прогресс (повышающий уровень интенсификации труда), рост урбанизации, ухудшение экологической обстановки, трудовая деятельность в климатических зонах с неблагоприятными природными условиями, широкое распространение продуктов химического производства и ряда других. Действие указанных факторов приводит к росту и распространению хронической патологии, появлению новых видов болезней. В связи с этим возрастает роль медико-социального и экономического анализа в формировании приоритетных направ-

лений деятельности объектов здравоохранения. В полной мере это относится к программам борьбы с неинфекционной патологией, которые должны разрабатываться и осуществляться с учетом их экономической эффективности. Это предполагает знание необходимых объемов оказания лечебно-профилактической и фармацевтической помощи в масштабах реализуемых программ, единовременных и текущих затрат на единицу этих объемов, а также капитальных вложений в создание материально-технической базы.

Конечной целью экономического анализа является обоснование путей развития отрасли, обеспечивающих ее социально-экономическую и медицинскую эффективность при минимальных затратах всех видов ресурсов. В этих условиях здоровье можно рассматривать как один из доминирующих факторов эффективности общественного производства, поэтому необходимо с системных позиций исследовать компенсационные функции здравоохранения.

Основные направления развития отечественного здравоохранения следующие:

- финансирование здравоохранения по целевому принципу, при котором цели развития служб охраны здоровья населения увязываются с ресурсами с помощью программ. На финансирование здравоохранения должно выделяться не менее 6—8 % валового национального продукта страны. Среди различных форм мобилизации ресурсов на эти цели важнейшей является обязательное медицинское страхование членов трудовых коллективов. При этом платежи на лечебно-профилактическое обслуживание работающих включаются не в прибыль предприятий (учреждений, организаций), а в себестоимость производимых ими товаров и услуг;

- первоочередное решение проблем, связанных с распространением рыночных механизмов регулирования на лечебную, санитарно-профилактическую, фармацевтическую и санаторно-реабилитационную помощь, т. е. установление пределов распространения платности этих видов помощи, принципов ценообразования и возможностей перехода учреждений к негосударственным формам предоставления лечебно-профилактических услуг.

Речь идет о возможности функционирования служб и подразделений здравоохранения в условиях разнообразных организационно-правовых форм хозяйствования (государственных бюджетных учреждений, смешанных государственно-коллективных форм, арендных предприятий, кооперативов, акционерных обществ, индивидуально-трудовой деятельности и др.). Новые экономические отношения, основанные на конкуренции, способны повысить качество медицинских услуг и профессионализм обслуживания, поднять уровень социальной и экономической результативности работы всего МТК;

- повышение качества медицинской и фармацевтической помощи населению непосредственно связано с расширением экономической самостоятельности трудовых коллективов, чему способствуют условия самофинансирования производства услуг, режим

свободного формирования фондов социального развития. Нормативы, цены и тарифы на услуги должны отражать объективно обусловленные затраты живого и овеществленного труда во всех звеньях и подразделениях отрасли, поэтому в центре внимания должны быть проблемы ценообразования на медицинские услуги при одновременном жестком государственном контроле;

— овладение руководителями объектов здравоохранения спецификой управления в условиях рыночных отношений;

— взаимодействие институтов возмещения вреда и страхования здоровья граждан. Сочетание этих институтов призвано максимально гарантировать защиту прав потерпевших (в том числе по вине медицинских работников) застрахованных больных, что требует углубленной разработки принципов регулирования обязательств, возникающих вследствие возможного причинения вреда здоровью граждан;

— расширение сферы страховой защиты работников здравоохранения в первую очередь путем создания страхового медицинского фонда; повышение уровня их заработной платы до среднего по народному хозяйству, совершенствование форм и методов оплаты труда, расширение источников средств на социальное обеспечение медицинского персонала. Экономическую и правовую защиту работникам здравоохранения способна обеспечить лишь система государственного обязательного страхования на случай причинения вреда (в том числе морального) состоянию здоровья медицинского персонала при исполнении им служебных обязанностей;

— эффективное решение проблем, связанных с усилением профилактической направленности здравоохранения, с учетом воздействия на здоровье общества широкого комплекса экономических, социально-гигиенических и экологических факторов. Это предполагает создание научно обоснованной системы формирования здоровья граждан, стимулирование мер по его сохранению и укреплению.

В здравоохранении России в настоящее время определялись 3 основных направления его развития:

— бесплатное оказание медицинской помощи за счет средств государственного бюджета;

— платное его предоставление за счет средств обязательного медицинского страхования;

— платное оказание услуг здравоохранения за счет средств добровольного медицинского страхования.

Основные тенденции развития отечественного здравоохранения отражены в Указе Президента РФ «О неотложных мерах по обеспечению здоровья населения Российской Федерации» от 20.05.93 г., в котором обеспечение здоровья населения России считается приоритетным направлением формируемых на уровне РФ в целом и отдельных ее регионов социальных программ и мероприятий. Для этого предусматривается государственная поддержка мер по разработке, производству и реализации медицин-

ской техники, лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинских услуг с выделением дополнительных финансовых ресурсов, включая валютные средства.

Правительству РФ в качестве первоочередных мероприятий предложено разработать ряд федеральных программ на 1994—1996 гг., в том числе:

- неотложные меры по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия населения;
- программу профилактики заболеваний и снижения преждевременной смертности населения;
- «безопасное материнство»;
- программу защиты жизни и здоровья граждан в случае возникновения стихийных бедствий, техногенных катастроф и т. д.

В развитие Указа Президента создана служба экстремальной медицинской помощи, включая формирование соответствующей инфраструктуры по этой проблеме, в том числе Российского центра.

При формировании проектов бюджетной системы на 1994—1996 гг. намечается поэтапное доведение расходов на охрану здоровья населения с учетом средств предприятий, внебюджетных фондов и других источников до 10 % национального дохода.

Для увеличения финансовых средств, направляемых на развитие отрасли, в этом же Указе Президента РФ выдвигается ряд предложений: увеличение размера страхового тарифного взноса на обязательное медицинское страхование; освобождение учреждений, предприятий и организаций, решающих лечебно-профилактические, оздоровительно-реабилитационные задачи и осуществляющих научные исследования в области здравоохранения, от налогов, сборов, пошлин и направление этих средств на развитие материально-технической базы объектов МТК. Кроме того, предусматривается увеличение ассигнований учреждениям здравоохранения, финансируемым за счет федерального бюджета, на 25 % средств, направляемых на оплату труда.

В связи с переходом на новые экономические взаимоотношения субъектов здравоохранительной деятельности необходимы разработка единых для России государственных стандартов качества медицинской помощи, совершенствование методики ценообразования в области обеспечения населения услугами и лекарственными средствами.

Концепция развития отечественного здравоохранения на ближайшие годы связана с разработкой:

- новой структуры управления здравоохранением в условиях перехода к рыночной экономике;
- комплекса нормативов по оказанию медицинской помощи каждому гражданину Российской Федерации, которые обеспечивали бы гарантированный объем услуг и санитарно-эпидемическое благополучие населения;
- механизма разгосударствления и приватизации учреждений отрасли и предприятий медицинской промышленности.

Для повышения качества профессиональной подготовки врачей, научных сотрудников и других категорий медицинского персонала целесообразно объединение НИИ и научных подразделений медицинских вузов, институтов совершенствования врачей в единые научно-учебные комплексы.

Переход здравоохранения от государственного-бюджетного финансирования к страховой и индивидуально-групповой медицине сопровождается поиском новых источников денежных поступлений.

Разрабатывая концепцию развития здравоохранения, необходимо оценить целесообразность привлечения альтернативных источников финансирования отрасли, в том числе за счет использования иностранных инвестиций, определить рациональность распределения средств с учетом объемов оказания амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи различного профиля.

В настоящее время действующий механизм финансово-бюджетного регулирования практически не создает заинтересованности у коллективов медицинских учреждений в повышении эффективности и рациональном использовании ресурсов. Так, например, действующая налоговая система в основном выполняет фискальные функции, не влияя должным образом на мотивационные характеристики процесса управления.

В условиях рыночных отношений в определенной степени предстоит сохранить систему государственного регулирования процессов, связанных с охраной здоровья людей, их лечением, профилактикой болезней, приобретением и использованием лекарственных средств и изделий медицинского назначения. В то же время эффективное функционирование МТК невозможно без частично свободного рынка медицинских услуг и лекарственных средств. Однако для перевода их распределения на рыночную основу необходимо выполнить соответствующие экономические расчеты, обосновать механизм размещения производимых в отрасли услуг и товаров, а также используемых для этого ресурсов.

Переход к рыночным отношениям предполагает использование преимущественно экономических методов управления. Применительно к сфере здравоохранения это означает коренное изменение системы управления как отраслью в целом, так и отдельными объектами здравоохранения, а также радикальное реформирование процессов планирования и финансирования отрасли. Экономические методы управления способствуют интенсификации лечебно-диагностического процесса, повышению его качества, внедрению прогрессивных организационно-правовых форм деятельности объектов этой социальной сферы.

Для повышения эффективности лечебно-профилактической деятельности необходима разработка стандартов качества клинико-диагностических исследований и лечебных мероприятий, а также проведение лицензирования и аккредитации объектов здравоохранения.

Важнейшее место в комплексе проводимых социально-эконо-

мических реформ в здравоохранении России занимает развитие страховой медицины.

В социально-экономическом отношении переход на страховую медицину является объективной необходимостью, которая обусловлена социальной незащищенностью как пациентов, так и работающих в отрасли, а также недостаточной ее технической оснащенностью.

В условиях плановой экономики основным источником финансирования здравоохранения был государственный бюджет. Кризис экономики страны привел к падению производства лечебно-профилактических услуг, лекарственных средств и товаров медицинского назначения, разрыву кооперационных и внешнеэкономических связей (в том числе и с бывшими странами — членами СЭВ), закрытию ряда нерентабельных объектов медицинской промышленности. Кроме того, растущий дефицит бюджета обусловил нехватку финансовых средств, обострение финансово-экономической ситуации в отраслях, финансировавшихся по остаточному принципу.

Для преодоления кризисных явлений в сфере охраны здоровья населения необходимы преобразование экономических отношений в службах и подразделениях здравоохранения, разгосударствление и приватизация собственности, а также переход здравоохранения на путь страховой медицины.

Система медицинского страхования дает отрасли ряд дополнительных преимуществ:

- расширение финансовых возможностей за счет активного привлечения внебюджетных ресурсов, прежде всего средств хозяйственных предприятий;

- децентрализацию управления лечебно-профилактической деятельностью и аптечной сетью путем передачи субъектам Федерации основных прав по созданию и использованию фондов страховой медицины;

- возможность повышения эффективности использования средств, направленных на охрану здоровья и медико-фармацевтическое обслуживание;

- расширение хозяйственной самостоятельности объектов социально-медицинского комплекса и создание предпосылок для перехода к рынку медицинских услуг при сохранении их преимущественной бесплатности для населения;

- усиление социальной и экономической ответственности персонала ЛПУ за результаты своей работы;

- создание материальной заинтересованности граждан и предприятий в улучшении условий труда и оздоровлении образа жизни, природоохранной деятельности, снижения заболеваемости за счет проведения комплекса профилактических мер.

Закон «О медицинском страховании граждан в РСФСР» представляет собой качественно новую систему организации здравоохранения в России. Основными принципами организации страховой медицины являются:

- сочетание обязательного и добровольного характера медицинского страхования, его коллективной и индивидуальной форм;
- всеобщность участия граждан в программах обязательного медицинского страхования;
- разграничение функций и полномочий между республиканскими (бюджетными) и территориальными (внебюджетными) фондами медицинского страхования;
- обеспечение равных прав застрахованных;
- бесплатность предоставления лечебно-диагностических услуг в рамках обязательного медицинского страхования.

В концепции развития здравоохранения в условиях рыночных отношений систему медицинского страхования необходимо рассматривать в двух аспектах.

В широком смысле страховая медицина представляет собой систему организации общественного здравоохранения, экономическую основу которой составляет финансирование из специальных страховых фондов. При этом охрана здоровья граждан финансируется «снизу», а страховые фонды образуются за счет различных источников финансирования: средств государственного бюджета, взносов предприятий, предпринимателей и работающих.

В узком смысле медицинское страхование — это процесс поступления финансовых ресурсов и их расходования на лечебно-профилактическую, фармацевтическую помощь.

Система страховой медицины предусматривает административно-хозяйственную самостоятельность ЛПУ, бездефицитность их финансирования и обеспечение социальных гарантий при оказании услуг социально незащищенным слоям населения.

Роль центральной финансирующей организации в здравоохранении выполняют страховые фонды (страховые кассы), действующие как экономически самостоятельные некоммерческие структуры и вступающие в правовые и финансовые отношения с гражданами (физическими лицами), предприятиями, учреждениями и организациями (юридическими лицами, страхователями), страховыми компаниями (страховщиками), а также объектами здравоохранения. При этом страховые фонды контролируют объем и качество предоставляемой медицинской помощи.

В рамках концепции финансово-экономической реформы здравоохранения программами медицинского страхования предусматривается внедрение новых для отечественной практики методов оценки качества медицинской помощи, например на базе использования КСГ болезней.

Успешное функционирование системы страхового здравоохранения невозможно без предоставления пациенту выбора ЛПУ и врача. Такая возможность должна быть отражена в общей концепции финансово-экономической реформы отрасли и организации медицинского страхования населения.

Существенное внимание в концепции развития здравоохранения должно быть уделено повышению качества и комплексности лечебной помощи населению за счет проведения ранней диагно-

стики заболеваний. Такой подход к организации здравоохранения особенно эффективен в условиях перехода к страховой медицине, так как в этом случае расходы на медицинское обслуживание значительно сокращаются за весь период их жизни. Для этого необходимо расширение сети диагностических центров, оснащенных современным оборудованием.

Кроме того, необходимо совершенствование поликлинической консультативно-диагностической службы с использованием потенциала высших медицинских учебных заведений, институтов усовершенствования врачей, НИИ, многопрофильных больниц. Повышению качества медицинской помощи будет способствовать организация (при поликлиниках) отделений активного лечения, оказание внебольничной помощи в свободное от работы время с учетом режима производства. В перспективе реален переход к оказанию медицинской помощи по принципу «семейного врача». В настоящее время на решение этой проблемы направлен приказ Министерства здравоохранения РФ № 237, изданный в августе 1992 г.

Базой обеспечения преемственности в оказании медицинской помощи является унификация медицинской документации и введение медицинского паспорта для каждого гражданина. Для этой цели необходимо создание и развитие информационных систем, компьютеризация медицинских служб.

Комплексность лечебно-профилактической помощи может быть обеспечена за счет организации в здравоохранении экономически самостоятельных организационно-правовых структур, базирующихся на различных формах собственности. Стационарная помощь населению может быть улучшена путем развития сети многопрофильных больниц, специализированных центров, стационаров для дневного пребывания больных, хозрасчетных и бюджетных пансионатов.

Улучшение качества ухода за больными связано с внедрением бригадных форм организации труда медицинского персонала, привлечением к этой работе студентов медицинских институтов, учащихся средних медицинских учебных заведений, общеобразовательных школ и активистов-добровольцев. Необходимо поднять роль медицинских сестер, оказывающих помощь на дому, стимулируя соответствующим образом их оплату труда.

В настоящее время интенсивное развитие получают благотворительные организации, в рамках которых оказывается медицинская помощь больным с неизлечимыми болезнями, а также тяжелыми формами заболеваний. Одна из таких благотворительных организаций возникла при 1-й Городской больнице Москвы. Активное участие в становлении этой организации приняла русская православная церковь.

Элементами концепции развития здравоохранения должны стать завершение организации системы скорой и неотложной медицинской помощи на догоспитальном и госпитальном этапе; развитие и совершенствование охраны материнства и детства путем повышения уровня профилактической деятельности, расшире-

ния сети специализированных родильных домов и отделений для женщин с патологией беременности, пропаганды здорового образа жизни.

Одним из принципов развития здравоохранения должно явиться использование достижений науки в лечебно-диагностическом процессе, а также улучшение материально-технического обеспечения отрасли. Конкретно речь идет об организации на договорных началах фирменного обслуживания и своевременного ремонта сложной медицинской техники заводами-изготовителями.

В области планирования и оценки деятельности органов и учреждений здравоохранения необходим переход от показателей «койко-место», «поликлиническое посещение» к показателям, отражающим состояние здоровья общества. Эти показатели должны включать также уровень общей и инфекционной заболеваемости, временной утраты трудоспособности, инвалидности, смертности, санитарно-эпидемиологического благополучия и ряд других качественных характеристик деятельности объектов отрасли.

В здравоохранении, как и в других отраслях народного хозяйства, необходимо дальнейшее совершенствование системы оплаты труда, в том числе ее дифференциация и стимулирование в зависимости от сложности, интенсивности и качества выполняемой работы; ориентация оплаты труда на достижение высоких конечных результатов.

Современный хозяйственный механизм здравоохранения отличается прежде всего ориентацией на активное применение экономических методов управления деятельностью медицинского персонала. Это требует повышения экономического образования и мышления медиков, особенно руководителей лечебных, санитарно-профилактических и санаторно-рекреационных учреждений.

Новые возможности использования экономических методов, наконец, позволяют решать кардинальные проблемы улучшения качества медицинского обслуживания, развития научно-технической базы отрасли, повышения социальной и экономической результативности работы объектов здравоохранения. В этом случае достигается ориентация на конечные результаты медицинской помощи населению.

2.3. Совершенствование аптечной службы в условиях рыночных отношений

Аптечная служба России, являясь слагаемым МТК, насчитывала в 1992 г. 14,8 тыс. аптек, в которых было занято 123,5 тыс. специалистов, в том числе 40,7 тыс. с высшим фармацевтическим образованием. Труд фармацевтических работников отличается высокой социальной значимостью.

Анализ состояния сети аптечных учреждений показал, что всего 20 % аптечных зданий построены по типовому проекту, а остальная часть размещена в приспособленных помещениях. Кроме того, площади подразделения аптечной службы значи-

тельно меньше, чем предусмотрено строительными нормами проектирования. Так, размеры ассистентских подразделений меньше на 75 %, залов обслуживания — на 76 % и рецептурно-производственных — на 58 %. Установленным санитарно-гигиеническим нормативам, т. е. микроклиматическим условиям (температура воздуха, влажность и т. д.), соответствует только 20 % аптек. Для ряда аптек характерны нерациональная планировка и неправильная ориентация помещений, неудовлетворительное состояние вентиляционных и отопительных систем. Все это усугубляется осуществляющимися в аптеках специфическими технологическими процессами, сопровождающимися теплоизлучением, повышенной влажностью и т. п.

В настоящее время в связи с нарушением хозяйственных связей, несбалансированностью планов производства и материально-технических ресурсов, снижением плановой и договорной дисциплины, закрытием ряда химических предприятий, дефицитом финансовых средств (в том числе валютных), предназначенных для закупки сырья, материалов и оборудования, резко сократился объем производства лекарственных средств и препаратов. Следствием этого явилось неудовлетворительное обеспечение лекарственными средствами населения. В сочетании с другими негативными факторами (отставание в принятии законодательных актов по вопросам ценообразования в формации, разработке мер социальной защиты граждан) это в значительной мере обусловило кризисное состояние здравоохранения России.

В результате недостатка оборотных средств большинство территориальных производственных объединений «Фармация» оказываются неплатежеспособными. Их суммарная задолженность поставщикам на начало августа 1992 г. превышала 5 млрд руб., а к сентябрю она достигла 6 млрд руб. Возможность использования банковских кредитов практически исключена в связи с очень высокой процентной ставкой за кредит. Поэтому предприятия — производители медицинской продукции не могут своевременно рассчитаться с поставщиками сырья и субстанций. Медицинская продукция, крайне необходимая аптекам, накапливается невостребованной на складах.

Снабжение лечебно-профилактических учреждений и населения России лекарственными средствами возложено на Российское объединение «Фармимэкс». Однако, как показывает практика, совмещение в одной структуре оперативных задач снабжения, коммерческой деятельности и функций государственного управления нерационально. Очевидно, что функции управления целесообразно передать департаменту по управлению аптечной службой при Министерстве здравоохранения РФ.

Переход экономики России к рыночным отношениям вызван необходимостью структурной перестройки народного хозяйства, создания действенных экономических и правовых рычагов повышения эффективности всех сфер общественного производства.

Однако применительно к аптечной службе имеются некоторые особенности ее перехода к рыночным отношениям.

Прежде всего предприятия фармацевтической промышленности вынуждены (нередко в ущерб интересам отрасли) соблюдать действующие в регионах нормативно-законодательные акты. Это отражается на ценообразовании, касающемся лекарственных средств и изделий медицинского назначения, взаиморасчетах предприятий, обмене технологиями и т. д. В настоящее время нарушена система взаиморасчетов за отгруженную продукцию, а введение свободных цен в промышленности и налога на добавленную стоимость привело к непредсказуемому росту цен на медикаменты. Отмена в России налога на добавленную стоимость на лекарственные средства и медицинскую технику практически не способствовала снижению отпускных цен предприятий, так как она коснулась только последнего звена — выпуска готовых лекарственных средств и медицинской техники. Во всех промежуточных звеньях единого технологического процесса налог на добавленную стоимость начисляется и включается в себестоимость производимой продукции. К концу 1993 г. прогнозировалось повышение цен на лекарственные средства по сравнению с 1991 г. в 30—40 раз. Таким образом, реальный рост цен на лекарственные средства и изделия медицинского назначения существенно опережает повышение минимальной заработной платы в России и рост бюджетных ассигнований на приобретение лекарственных препаратов.

В результате создавшегося положения за первое полугодие 1992 г. объем реализации лекарственных средств в натуральных показателях составил всего лишь 50 % по сравнению с этим же периодом 1991 г., хотя в стоимостном выражении объем их продажи вырос в 7—8 раз.

Несмотря на одномоментное увеличение цен на медикаменты с 1.01.92 г. в 4 раза, а за первое полугодие 1992 г. — в 15 раз, оборотные средства, выделяемые на оплату лекарственных средств складам и аптекам, увеличены не были. Все это привело к затовариванию аптек и складов.

Из-за неплатежеспособности потребителей предприятия не смогли оплатить сырье, и их задолженность перед поставщиками за этот период времени составила 10 млрд руб. На закупаемые по импорту медикаменты установлены практически демпинговые цены. Так, например, для закупки медикаментов за рубежом установлен коэффициент 0,2 валютного курса рубля в Центральном банке России. Это означает, что государство оплачивает 80 % стоимости лекарственных средств. Следовательно, розничные цены на них в России в 5 раз ниже фактической их стоимости, определяемой по мировым ценам. Естественно, что в этих условиях аптечная служба России не заинтересована в распространении отечественных лекарственных препаратов. Кроме того, таможенными правилами на экспортируемые из России медикаменты установлена таможенная пошлина в размере 20—26 % стоимости

контракта. При торговле по мировым ценам это делает российские медицинские препараты неконкурентоспособными.

Химическая промышленность также не заинтересована в развитии фармацевтической отрасли вследствие ее малотоннажности, высокой материалоемкости. Льготное финансирование импорта лекарственных средств, высокий курс СКВ могут привести к заполнению российского рынка импортными препаратами и ликвидации отечественной фармацевтической промышленности. В конечном счете может сложиться такая ситуация, когда в ущерб здоровью населения России на отечественном рынке будут распространяться те лекарственные средства, которые не находят своего сбыта в странах — производителях этих лекарств.

Переход на принципы планирования работы аптечной службы с учетом конъюнктуры рынка создает условия для ее эффективной коммерческой и производственной деятельности. Получаемая прибыль будет поступать в общую систему финансирования фармацевтической промышленности и аптечной службы. Эта концепция исходит из необходимости акционирования аптечных управлений и предприятий на всех уровнях регулирования фармацевтической отрасли. Приватизация в фармацевтической промышленности и аптечной службе должна проводиться на основе специально разработанной программы с учетом регулируемых цен на производимые лекарственные средства и существующих дотаций.

Определенная специфика функционирования фармацевтической промышленности и аптечной службы обусловлена тем, что около 80 % лекарственных средств в России отпускается по рецептам врачей, а также сохранением в условиях любых экономических отношений государственного контроля за производством и распространением некоторых групп препаратов (ядо- и спирто-содержащих, наркотических и др.). Поэтому в процессе приватизации целесообразно использовать конкурсную основу — продажу фармацевтических предприятий и аптечных учреждений с аукциона, а также продажу акций этих предприятий, преобразованных в акционерные общества, причем эти акционерные общества могут создаваться на базе нескольких аптек, аптечных складов и фармацевтических предприятий. Такой подход к приватизации в фармацевтической сфере повысит самостоятельность и инициативу трудовых коллективов аптек и фармацевтических предприятий, улучшит обеспечение населения лекарственными препаратами, создаст возможность привлечения дополнительных финансовых ресурсов в сферу производства и реализации медикаментов, предметов гигиены и ухода за больными.

В рамках проводимой приватизации в фармацевтической отрасли создаются предприятия современных организационно-правовых форм. Это требует проработки принципиально новых связей и механизма взаимодействия между субъектами рыночных отношений. В сфере сбыта лекарственных средств организуются биржи и торговые дома, представляющие собой новые структуры для экономики России. Например, торговый дом производителей меди-

цинской продукции «Лекарства России» создан на принципиально новой экономической основе — принципах самокупаемости. Взносы в уставной фонд торгового дома «Лекарства России» осуществляются учредителями за счет прибыли без какой-либо поддержки со стороны государства. В число учредителей этого торгового дома входят промышленные предприятия, коммерческий Химбанк, фирма «Брокингвест», акционерное общество «Институт развития Москвы».

Основными направлениями деятельности торгового дома «Лекарства России» являются сбыт готовой продукции заводов отрасли и их обеспечение ресурсами (включая сырье, оборудование, рабочую силу и др.); все виды торгово-закупочных операций (включая оптовые, мелкооптовые, розничную торговлю); участие в страховании и инвестициях; финансирование научно-исследовательских работ; изучение рынка, потребительского и платежеспособного спроса, а также ряд других направлений деятельности, не противоречащих действующему в России законодательству.

Средняя рентабельность работы торгового дома «Лекарства России» — на уровне 15—17 %; оборот собственных и заемных средств — 70—80 дней; обеспечено стабильное получение прибыли. Курсовая (рыночная) стоимость акций в 1993 г. составляла 200—250 тыс. руб. против 50 тыс. руб. по номиналу.

Государственная корпорация «Фарминдустрия» преобразована в акционерное общество открытого типа. Экономическая основа деятельности — не отчисления от прибыли предприятий, а получаемый доход от выполнения работ на основе договоров с заводами. В настоящее время прорабатываются планы организации независимого органа по управлению медицинской промышленностью на основе траста¹.

Программами приватизации аптечной службы, начиная с IV квартала 1992 г., предусмотрена передача аптек в собственность трудовым коллективам (частным лицам). Предварительно они преобразуются в самостоятельные хозяйственные единицы с открытием расчетных счетов в банках. На базе аптечных складов как структурных единиц государственной системы снабжения создаются независимые акционерные общества. Особенности преобразования определяются местными условиями, сложившимися взаимоотношениями между производственным объединением «Фармация», складами и аптеками. При этом новые структурные единицы самостоятельно решают вопросы снабжения, финансирования, сбыта и управления фармацевтическими процессами. Возникают ассоциации и объединения аптек, консорциумы и корпорации, холдинговые компании и т. д.

В декабре 1991 г. Правительство РФ приняло постановление «О неотложных мерах по обеспечению населения и учреждений здравоохранения лекарственными средствами в 1992 г. и развитию

¹ Траст — доверенность на ведение операций в хозяйственной и других сферах деятельности.

фармацевтической промышленности в 1992—1995 гг.», где предусмотрено создание насыщенного лекарственными средствами оптового рынка и условий конкуренции между их производителями. В переходный период лекарственное обеспечение осуществляют как государственные, так и коммерческие структуры; например, организованы и успешно функционируют на коммерческой основе Российское объединение «Фармимэкс», Российское объединение «Росфармация» и «Медэкспорт»; торговый дом «Лекарства России», государственная корпорация «Фарминдустрия» и ряд других организационно-производственных структур.

В промышленно развитых странах, в том числе в последние годы и в России, лекарственные средства и изделия медицинского назначения распределяются на основе маркетинговых исследований. В зависимости от покупательского спроса аптечным учреждениям необходимо предоставить право вносить в месячные, ежеквартальные заявки соответствующие коррективы по обеспечению населения и ЛПУ отечественными и импортными лекарственными средствами.

Цены на медикаменты должны зависеть от уровня рентабельности конкретной организационно-производственной структуры (аптеки, предприятия). Кроме того, целесообразно взимание тарифов за изготовление лекарств в аптеках. Начиная с 1993 г. предусмотрено возмещение населению затрат на приобретение лекарственных средств за счет государственного бюджетного финансирования, медицинского страхования, а также фондов предприятий, организаций и коммерческих структур. Кроме того, расширен перечень нозологических форм, по которым медикаменты отпускаются бесплатно неработающим пенсионерам и детям в возрасте до 14 лет.

В дальнейшем формирование цен на лекарственные средства предполагается передать в регионы, в которых будет осуществляться наценка для оптового и розничного звеньев аптечной службы.

В условиях перехода к рыночным отношениям меняются организационная структура и функции органов управления аптечной службой на всех ее уровнях — федеральном, краевом (окружном), областном и районном. За федеральными органами целесообразно закрепить функцию разработки нормативно-правовой базы аптечной службы, за местными органами власти — функции лицензирования и аккредитации аптечных учреждений, сертификации продукции фармацевтической отрасли. Деятельностью аптечной сети могут руководить специалисты, работающие в областных органах территориального управления. Центральные, районные и городские аптеки целесообразно преобразовать в коммерческие структуры.

В соответствии с планом приватизации аптечной службы убытки аптек (независимо от их формы собственности), возникающие из-за несовершенства системы ценообразования, должны возмещаться местными органами власти.

Для повышения эффективности работы аптечной службы важен анализ хозяйственной деятельности аптек, который проводится в целях:

- обоснования достоверности плановых показателей;
- анализа фактических показателей учета и отчетности;
- установления возможных отклонений фактических показателей от плановых на основе изучения факторов, их обуславливающих;
- изучения резервов роста товарооборота и проведения мероприятий по использованию выявленных резервов;
- контроля за реализацией этих мероприятий.

Одним из основных этапов хозяйственной деятельности аптечной сети является анализ общего товарооборота медикаментов с точки зрения обоснованности его планов по видам и группам лекарственных средств, а также товарных балансов и запасов, равномерности поступления медикаментов в аптеку, оборачиваемости товаров.

Анализируя хозяйственную деятельность аптечной службы, следует учитывать издержки обращения и определяющие их факторы. В задачу анализа входит также оценка выполнения плана издержек обращения (как по аптеке в целом, так и по отдельным видам расходов) и комплекса факторов, определяющих общий уровень издержек обращения. Одновременно изыскиваются скрытые резервы по экономии ресурсов в сфере обеспечения населения и ЛПУ лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения.

Для аптечной системы характерны следующие статьи издержек обращения:

- затраты на перевозки разного рода;
- заработная плата со всеми начислениями;
- расходы по аренде и текущему ремонту основных фондов аптечной службы;
- затраты, связанные с сортировкой, упаковкой и хранением лекарственных средств (изделий медицинского назначения);
- оплата процентов по краткосрочному кредиту;
- расходы, обусловленные потерей тары;
- естественная убыль фармацевтической продукции.

По отношению к товарообороту издержки обращения подразделяются на условно-переменные и условно-постоянные. Условно-переменные расходы (транспортные расходы; заработная плата со всеми начислениями; затраты, связанные с потерей тары, естественная убыль товаров; плата процентов за кредит и др.) влияют на степень выполнения плана товарооборота, а условно-постоянные (расходы по арендной плате и текущему ремонту; заработная плата административно-управленческого аппарата аптечной службы; командировочные расходы и др.) — не влияют на нее.

Общий анализ издержек обращения предполагает определение их ожидаемой величины, ее сравнение с плановыми данными и с фактическими расходами за истекший год, а также выявление

комплекса основных факторов, от которых зависит средний уровень издержек обращения аптеки за отчетный период. При по-
статейном анализе этот уровень во многом определяется слагае-
мыми видов расходов (характер статей издержек обращения).
Проведенный анализ подкрепляют результаты проверки выполне-
ния плановых заданий, сравнительные данные фактических рас-
ходов за отчетный период с информацией за истекший год, дина-
мика отдельных статей расходов и т. д.

Анализ финансовой деятельности аптечной службы направлен на контроль за выполнением плана финансовых накоплений аптечной службы и выявление факторов, определяющих степень реализации плана по прибыли. Одновременно изучают динамику прибыли, обосновывают экономическую целесообразность ее рас-
пределения и использования, выявляют резервы повышения эконо-
мической эффективности хозяйственной деятельности аптечной
службы.

В процессе изучения финансового состояния аптечной службы обращают особое внимание на эффективность использования основных фондов, оборачиваемость оборотных средств, степень соответствия объема оборотных средств аптечного учреждения объему хозяйственной деятельности; состав оборотных средств (нормируемые и ненормируемые, собственные и заемные); состоя-
ние расчетов аптечной службы с финансовыми органами, кредито-
рами и кредиторами за отчетный период; резервы аптечной служ-
бы и разработку рекомендаций по их применению.

Таким образом, повышение эффективности всех звеньев аптеч-
ной службы будет способствовать насыщению отечественного рын-
ка лекарственными средствами и изделиями медицинского назна-
чения, а в конечном итоге — повышению уровня здоровья насе-
ления России.

2.4. Социально-экономические основы становления санитарно-эпидемиологической службы

Эффективное решение санитарно-профилактических проблем охраны и укрепления здоровья общества возможно лишь с учетом воздействия всего комплекса социально-экономических факторов. При сохранении основной цели санитарно-противоэпидемических мероприятий — защиты окружающей среды от загрязнения и снижения заболеваемости населения — необходимо изменить методологические подходы и критерии оценки предполагаемых мероприятий. В связи с этим следует разработать экономико-са-
нитарные нормативы по отдельным, наиболее значимым факторам окружающей среды в рамках общей оценки ее качества и харак-
тера влияния на состояние здоровья человека.

В современных условиях все более возрастает роль социально-
экономических и эколого-гигиенических исследований, направлен-
ных на комплексную оценку влияния факторов окружающей среды
на здоровье и благополучие человека. При этом возникает необ-

ходимость интеграции исследований экономико-демографических процессов и исследований, касающихся проблемы загрязнения окружающей среды¹. Изучение этих вопросов потребовало разработки системы реальных моделей взаимодействия человека, биосферы и экономики для получения качественных и количественных характеристик изменений экономических параметров на фоне антропогенных воздействий.

Исследование многомерных связей окружающей среды и здоровья человека (например, при комплексном прогнозе состояния здоровья общества, принятии организационно-управленческих решений в сфере здравоохранительной деятельности) возможно лишь в рамках симбиотического взаимодействия гигиены с экономикой, экологией, биофизикой, биологией, а также рядом клинических дисциплин.

В современных условиях, характеризующихся экологическими перегрузками, в основе новых оценочных шкал состояния окружающей среды и благополучия человека должны лежать экономические и эколого-гигиенические стандарты. В противном случае произойдет еще большее нагромождение беспорядочных фактов, систематизация которых будет значительно затруднена действием негативных факторов, усилится тенденция фрагментарности исследований. Случайные же и логически мало обусловленные показатели не дадут полной картины взаимосвязи экономики и биосферы. Поэтому все большую актуальность в проводимых исследованиях приобретают 3 взаимосвязанных блока: анализ экономических условий, интегральное исследование окружающей среды (с учетом взаимодействия всего многообразия внутренних и внешних факторов) и исследование организма человека в рамках экономического биогеноценоза.

Для эффективного проведения экономико-эколого-гигиенических исследований необходимо сформировать их методологию с учетом современных концепций развития науки. Эта методология должна быть ориентирована на комплексное изучение окружающей среды во взаимосвязи с социальными, экономическими и химико-биофизическими факторами. При этом следует подчеркнуть, что указанные факторы воздействуют на организм человека через атмосферный воздух, воздух жилых и производственных помещений, воду, почву и т. д.

Воздействие экономических и вредных влияний окружающей среды, являясь «возмущающими» факторами, обуславливает смещение гомеостатических параметров биологических структур, процессов и т. д. Нарушение гомеостаза системы инициирует цепь биологических реакций (например, механизмы экобиокоррекции), восстанавливающих гомеостаз. При этом речь идет о гомеостазе биогеноценоза в условиях комплексного воздействия факторов среды, а также об оценке нарушений взаимодействия между отдельными звеньями экономической и экологической цепей, на-

¹ Форрестер Дж. Мировая динамика. — М., 1978. — С. 21.

пример об увеличении смертности (общей, детской), повышении неинфекционной и инфекционной патологии, ухудшении психо-физического развития подростков, отклонениях в анатомо-физиологических системах.

В конечном итоге это позволит создать новую неинвазивную скрининг-систему для оценки и прогноза развития современных видов экономических и биологических эффектов в зависимости от действия целого комплекса факторов. Декомпозиция системы в процессе ее структурного анализа дает возможность разработать пакет экономических и эколого-гигиенических нормативов.

В условиях рынка санитарно-эпидемиологическая служба должна заниматься не только организацией и проведением санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий, но и комплексным изучением состояния здоровья населения, проживающего на данной территории, включая оценку факторов, формирующих его уровень. Это позволит в конечном счете разработать прогнозы состояния здоровья населения и санитарно-эпидемического благополучия регионов и страны в целом. На основе полученных прогнозов возможна разработка дифференцированных мер по охране окружающей среды, формированию и укреплению здоровья населения путем активной профилактики неинфекционных заболеваний с учетом как анализа всей совокупности медико-экономических и социально-гигиенических проблем, так и влияния факторов окружающей среды.

Учет же экономико-природоохранных аспектов окружающей среды во взаимосвязи с факторами здоровья будет способствовать более тесному взаимодействию государственных органов и учреждений санитарного надзора с ЛПУ, министерствами и ведомствами, а также с различными общественными организациями.

Именно экономическое обоснование должно предшествовать выбору тех или иных приоритетных мероприятий по оптимизации санитарно-эпидемической ситуации. Кроме того, задачей экономического анализа является ориентация на достижение высоких конечных результатов — улучшение состояния здоровья граждан, повышение качества и эффективности функционирования органов и учреждений госсаннадзора при минимальном использовании имеющихся ресурсов. При этом в качестве критериев оценки деятельности служат показатели общественного здоровья и факторы, формирующие их.

В сложившихся условиях санитарно-эпидемиологическая служба должна обладать правами и полномочиями межведомственного и надведомственного контроля за объектами народного хозяйства, от функционирования которых зависят состояние окружающей среды и благополучие граждан. В связи с этим специалисты санитарно-эпидемиологической службы должны руководствоваться в своей деятельности следующими принципами:

- признание здоровья населения главной целью проводимых санитарно-оздоровительных и природоохранных мероприятий;
- экономическое обоснование природоохранных мероприятий

на стадии стратегического их планирования. Приоритетность реализации этих мероприятий должна определяться по результатам экономических расчетов;

- привлечение к ответственности министерств и ведомств, деятельность которых наносит санитарно-экологический ущерб;

- целенаправленный и систематический санитарно-эпидемиологический и экологический контроль, а также получение санитарно-демографической информации о степени влияния различных факторов на состояние здоровья населения, проживающего на данной территории, сравнение этой информации с прогнозируемыми значениями;

- оздоровление окружающей среды путем проведения санитарно-природоохранных мероприятий до достижения гигиенических норм качества.

Основными показателями эффективности проводимых санитарно-профилактических мероприятий являются снижение общей и профессиональной заболеваемости, заболеваемости с временной утратой трудоспособности, лучевой профпатологии, травматизма, онкологической и сердечно-сосудистой заболеваемости, детской смертности и числа случаев перехода на инвалидность.

Количественная зависимость между экономическими факторами окружающей среды и суммарными показателями заболеваемости может быть установлена с помощью экспресс-метода. В дальнейшем эта зависимость детализируется на основе выявления взаимосвязи с отдельными нозологическими группами болезней. При этом выполняется комплексный анализ статистических данных за ряд лет с установлением причин изменения их уровня и структуры, установлением объема профилактических мер, определением их первоочередности на основе экономического анализа. Одновременно учитывается действие многообразных факторов, формирующих показатели здоровья населения, проживающего на определенной территории. При анализе акцент должен быть сделан на санитарно-гигиенические факторы риска.

Разработка раздела «Охрана здоровья населения» перспективного плана экономического и социального развития региона основывается на системном экономико-медико-гигиеническом анализе действия неблагоприятных факторов. В группе экологического риска центральное место, по мнению ученых, занимают глобальные изменения климата, озоновые «дыры» в атмосфере, нарушение среды обитания.

Основными принципами санитарно-природоохранной деятельности являются приоритет охраны жизни и здоровья человека, обеспечение благоприятных условий труда и отдыха населения. Продолжающееся ухудшение эколого-санитарной ситуации приводит к росту сердечно-сосудистых и нервно-психических заболеваний, числа больных с впервые установленным диагнозом злокачественных новообразований (легких), патологии гормональной системы, ухудшению наследственного генофонда популяции.

В зоны экологического бедствия превратились районы влияния

Чернобыльской аварии, Донецко-Приднепровский и Прикаспийский районы, а также Приаралье, Кузбасс, северо-западная часть Черного и Азовского морей, бассейн Балтийского моря и ряд других регионов. На начало 1992 г. более 50 млн человек проживало в городах с уровнем загрязнения атмосферного воздуха, превышающим допустимые нормы в 10 раз и более. В этих городах люди болеют чаще, более длительно и тяжело на фоне ранней хронизации острых патологических процессов с повышенной смертностью. Поэтому необходимо разработать концепцию оценки экологических бедствий, кризисной или напряженной эколого-гигиенической обстановки. В качестве критерия оценки при этом может быть степень опасности, существующей в этих районах.

Кроме того, в России и других странах СНГ $2/3$ водных источников не соответствует гигиеническим требованиям. Например, в регионе Аральского моря уровень заболеваемости острыми кишечными инфекциями превышает среднереспубликанские показатели в 4—14 раз. Одновременно распространяется химическая патология (например, токсического гепатита) в районах так называемых биогеохимических провинций в окрестностях крупных промышленных предприятий.

До недавнего времени в стратегической концепции развития отечественного здравоохранения преобладало положение, согласно которому основной упор делался на решение сиюминутных задач диагностики и лечения заболеваний. Тем самым наносился ущерб профилактической медицине.

В условиях развития рыночных отношений, когда здоровье человека представляет собой капитал, основная роль должна отводиться экологии и гигиене окружающей среды. Профилактическая задача гигиены сводится к гигиеническому нормированию предельно допустимых уровней воздействия на здоровье человека неблагоприятных факторов окружающей среды. Предельно допустимые уровни объективны и обусловлены способностью организма переносить воздействие тех или иных вредных веществ без каких-либо неблагоприятных последствий для человека. Будучи объективно безопасными, такие уровни воздействия факторов окружающей среды не окажут отрицательного (прямого или косвенного) влияния на здоровье как ныне живущих, так и будущих поколений.

В связи с этим активизируется потребность в разработке методологии построения экономико-экологических нормативов, устанавливающих качественные и количественные показатели нездоровой среды и связанной с нею патологии. Для этого на основе экономических расчетов необходимо выработать рациональную эколого-гигиеническую политику России в условиях перехода к рыночным отношениям. Эта политика будет определять решение приоритетных санитарно-экологических задач на уровне страны, в то время как природоохранные мероприятия должны рассматриваться как перспективные. Для решения приоритетных и

перспективных санитарно-экологических задач необходимо разработать соответствующий бизнес-план, показывающий целесообразность реализации того или иного оздоровительно-профилактического мероприятия.

Таким образом, возрастает актуальность разработки экономических рекомендаций по воссозданию и поддержанию экологически и гигиенически благоприятной окружающей среды. Поэтому в санитарном нормировании акценты должны быть смещены с медицинских и технологических показателей в сторону экономических, так как на практике существующие нормативы часто не соблюдаются.

В современных условиях статус здоровья населения определяется уровнем благосостояния общества, генофондом популяции, состоянием окружающей среды и степенью развития здравоохранения. В условиях плановой экономики гигиеническая наука игнорировала экономические требования, связанные с разработкой санитарных норм.

В промышленно развитых странах многие показатели здоровья населения (в том числе средняя продолжительность жизни) выше, чем в России. На первый взгляд, это представляется парадоксальным, так как передовая экономика предполагает развитую энергетику, химическую промышленность и т. д., т. е. все те отрасли, которые наиболее интенсивно загрязняют окружающую среду. Однако в действительности взаимосвязь между развитой экономикой, благосостоянием и высоким уровнем здоровья общества очевидна: высокий доход на душу населения позволяет создавать более совершенные очистные сооружения, выращивать экологически чистую сельскохозяйственную продукцию. Однако практика использования гигиенических нормативов, регламентирующих масштабы загрязнения окружающей среды, может сдерживать экономический рост. В конечном итоге это отрицательно сказывается на состоянии здоровья населения.

Согласование непосредственных гигиенических требований и экономики возможно лишь при условии взаимного учета их интересов. Это единственно возможный кардинальный путь оздоровления санитарно-экологической ситуации в России.

Реализация мероприятий по защите окружающей среды требует существенных финансовых средств: только на предупреждение вредного воздействия сернистого ангидрида, например, необходимы суммарные затраты в размере 50 млрд руб. (в ценах 1991 г.). Таким образом, экономико-гигиеническая задача сводится к тому, чтобы выявление и защита от наиболее опасных источников загрязнения окружающей среды сопровождались максимально эффективным вложением соответствующих средств. Иначе говоря, на каждый вложенный рубль должно быть обеспечено получение максимального «потенциала здоровья», измеряемого, например, количеством сохраненных человеко-лет активной творческой жизни.

Процесс оздоровления населения России нельзя трактовать

прямолинейно — только как охрану среды от загрязнения или как интенсивное развитие системы здравоохранения. Улучшение здоровья общества является производной от положительной динамики всего комплекса социально-экономических условий. Подобная его трактовка предопределяет и задачу создания системы критериев оценки ущерба здоровью в результате влияния комплекса токсических факторов и необходимости установления количественных зависимостей типа «доза (воздействующий фактор) — эффект». Для этого целесообразно разработать гигиенические аспекты медико-экологического районирования территорий и предельно допустимые нормативы выбросов загрязняющих веществ, шумленности, вибрации, электромагнитных излучений и пр. Необходима также экономико-гигиеническая стандартизация качества окружающей среды. При решении этих задач следует учитывать закономерности медико-экологического и экономического районирования территории Российской Федерации.

Реализация законодательных положений в санитарно-эпидемиологической области возложена на службу санэпиднадзора. Так, согласно статье 32 Закона РСФСР «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения», государственный санэпиднадзор включает наблюдение, оценку и прогнозирование состояния здоровья населения в связи с состоянием среды его обитания; выявление и установление причин и условий возникновения и распространения инфекционных и массовых неинфекционных заболеваний и отравлений; разработку обязательных для исполнения предложений по проведению мероприятий, обеспечивающих санитарно-эпидемическое благополучие населения и т. д.

Важнейшей слагаемой совокупного народнохозяйственного эффекта от оздоровления среды обитания является эффект от предотвращения повышенной заболеваемости. Влияние загрязненной биосферы на здоровье человека выделить крайне сложно. Здоровье популяции нельзя рассматривать как процесс, поскольку процессы не поддаются измерению. Если жизнь рассматривать как процесс, то здоровье выражает ее состояние. В определение здоровья нельзя также закладывать его максимальный уровень, так как оно имеет множество градаций, особенно у популяции.

Здоровье целесообразно определять как состояние структуры, функций и адаптационных возможностей человека, которые способны обеспечить ему определенное качество жизни в данный момент времени и в конкретной среде обитания. Качество жизни человека, являясь важнейшей компонентой его благополучия, зависит от потенциала здоровья. Поэтому появляется необходимость в измерении этого потенциала, оценке его увеличения (сокращения) и в конечном итоге — в управлении им.

Существует несколько способов измерения потенциала здоровья индивида как по количественным, так и по качественным характеристикам. Один из них представляет собой определение показателей структуры, функций и адаптационных резервов обследуемого и последующего сравнения полученных результатов

с «нормой». Состояние здоровья индивида может оцениваться «безразмерным вердиктом»: здоров, практически здоров, относится к группе риска или нуждается в диспансерном наблюдении и медицинской коррекции.

Количественные показатели состояния здоровья населения выражаются безразмерными величинами в виде отношения к принятой норме по каждому показателю.

Такой подход к определению потенциала здоровья населения позволяет интерпретировать его в виде интегральной количественной характеристики показателей структуры, функций и адаптационных резервов этого феномена, определяющих среднюю продолжительность жизни людей и период их трудоспособности, репродуктивность, а также эмоционально-психологические аспекты качества жизни.

Пока еще недостаточно разработаны методы количественной оценки такой характеристики здоровья человека, как субъективное ощущение им психоэмоционального комфорта. Для скрининговых диспансерных обследований населения соответствующий набор показателей психологической сферы имел бы практическое значение. Однако из-за чрезмерной сложности данной проблемы такая задача даже не ставится перед современной психогигиеной. Между тем для оценки состояния человека решение данной проблемы особенно важно, так как этим показателем определяется в первую очередь специфика человека как биосоциального существа.

Решение этой проблемы непосредственно связано также с задачей создания концепции донозологической гигиенической диагностики, требующей и переориентации всей системы психосоциальных стереотипов мышления и действий. Гигиеническое диагностирование состояния окружающей среды и здоровья обслуживаемого населения в рамках проведения профилактических мероприятий способны выполнить специально обученные врачи, занятые в области охраны здоровья практически здоровых людей. Это требует организационной перестройки деятельности органов и учреждений санэпиднадзора всех уровней по таким основным направлениям, как санитарно-гигиеническое, экономическое, инженерно-техническое, административно-хозяйственное, воспитательно-правовое. В их структуры должны быть введены соответственно отделы социальной гигиены, экономики, санитарной статистики, пропаганды здорового образа жизни, а также необходимые технические лаборатории, обеспечивающие диагностику преморбидных состояний населения.

В последние годы в литературе (наряду с общепринятым термином «гигиеническая наука», занимающаяся изучением состояния здоровья человека уже более 100 лет) появляется новая терминология, относящаяся к науке о здоровье (например, санология, валеология, антропомаксимология и т. д.).

Разработка гигиенических концепций с системных позиций должна включать в себя комплексную оценку методов прогнозирования состояния здоровья, общенаучных основ гигиенического

нормирования, максимально допустимых нагрузок, возможного и целесообразного совмещения принципов пороговости и беспороговости таких нагрузок. Оценке подлежат также конструируемые алгоритмы единого гигиенического нормирования, аналоги поведения человека и животных.

Необходимость конструирования соответствующих оценочных шкал становится понятной, если учесть, например, что отечественная промышленность производит уже более 70 000 видов синтетических материалов, в том числе 1500 веществ, токсичных для организма человека. Вот почему требуется более высокий уровень системности исследований в общих рамках интегрального подхода к экономическим и эколого-гигиеническим оценкам среды обитания.

Изложенные выше социально-экономические принципы системного развития гигиенической науки и санитарной практики особенно важны для обоснования комплексных программ оздоровления населения и среды обитания на разных уровнях управления — не только на отраслевом, но и на федеральном, республиканском, региональном, городском и районном.

В разработке перспективных направлений развития гигиенической науки и санитарной практики существенно возрастает роль экономики. Это же касается изучения проблем здоровья населения с учетом воздействия на него природных и социально-экономических факторов, а также здоровья детей и воспроизводства населения (рождаемость, смертность, темпы естественного движения популяции), обоснования проведения санитарно-гигиенических мероприятий.

До настоящего времени дифференциация исследований в области гигиены обеспечивала накопление разрозненных аналитических фактов, в разной степени характеризовавших отдельные стороны целого. Однако для перехода на уровень закономерностей требуется определенная информация о состоянии системы в целом. При этом исследуются ее интегральные свойства на основе обобщения собранной статистической информации. Так, из 88 форм документов, утвержденных для санитарно-эпидемиологической службы, специалистами используется только 50—70 % содержащейся в них информации, остальная часть собираемых данных игнорируется из-за невысокой их информативности.

В современных условиях интеграция гигиенических знаний необходима для всестороннего экономического обоснования эффективности проводимых санитарно-экологических мероприятий. Для этого требуется комплексирование гигиенической науки с экономикой, биологией, экологией.

В экономическом обосновании нуждаются исследования в области антропогенного загрязнения атмосферы и гидросферы, почвы; радиоактивного и теплового загрязнения, зашумленности.

В группу санитарно-профилактических учреждений входят дезинфекционные, противовирусные станции и санитарно-пропускные пункты на железнодорожном транспорте.

В условиях рыночных отношений деятельность органов и учреждений санитарно-эпидемиологической службы должна больше основываться на разработке, внедрении и проверке надежности гигиенических нормативов; организации мероприятий по охране окружающей среды; оздоровлении условий труда, отдыха, обучения и воспитания детей. Это же касается и органов госсанэпиднадзора, которые контролируют выполнение санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий с учетом их экономической целесообразности. В частности, это распространяется на профилактику и ликвидацию загрязнения окружающей среды, оздоровление условий труда работающих и снижение уровня их профессиональной и общей заболеваемости, предупреждение пищевых отравлений, оптимизацию условий для развития детей.

Экономико-гигиенические нормативы должны лежать также в основе предупредительного и текущего санитарного надзора, эффективность которого может быть повышена за счет результатов комплексных экономико-гигиенических исследований.

В современных условиях методология гигиенических исследований должна базироваться на комплексных научно обоснованных методах санитарного надзора и разработке экономико-гигиенических регламентов. Гигиеническая наука как область медицины способствует обеспечению нормальных условий существования граждан, сохранению их здоровья и продлению жизни. Чтобы научно обосновать влияние условий жизни и труда на здоровье человека, разработать мероприятия по профилактике заболеваний в народнохозяйственном масштабе, надо руководствоваться экономическими принципами и конкретными условиями жизни людей, учитывать конкретные социально-экономические факторы. Это же касается разработки и проведения профилактических санитарно-гигиенических мероприятий, что является задачей санитарии как самостоятельной отрасли здравоохранения. Будучи таковой, санитария включает медицинский, социальный и экономический аспекты эффективности.

Гигиеническую эффективность оценивают, сравнивая параметры состояния здоровья населения (окружающей среды) до и после проведения санитарно-профилактических (оздоровительных) мероприятий. Медико-социальная эффективность характеризуется снижением заболеваемости (включая заболеваемость с временной утратой трудоспособности), повышением работоспособности занятых, улучшением успеваемости учащихся и самочувствия работающих; экономический эффект определяется сокращением выплат по больничным листам, повышением производительности труда и пр.

Однако экономическая эффективность санитарно-профилактических мероприятий является вторичной по отношению к улучшению состояния здоровья людей и окружающей среды. Здоровье и экология определяются нормальным функционированием организма человека во взаимосвязи с окружающей средой. Гармоничное развитие индивида возможно лишь при сохранении гомеостаза

как относительно динамического постоянства свойств и состава внутренней среды, устойчивости физиологических функций.

С этой целью при оценке окружающей среды (включая оценку гигиенических факторов) исследуют воздушную среду, солнечную радиацию, условия акклиматизации, воду, почву, биологические факторы и т. д. С точки зрения концепции факторов риска многие элементы окружающей среды различной природы (физической, химической, биологической, социальной, экономической), выходя за пределы адаптационных возможностей человека, становятся причиной заболевания. Поэтому в рыночных условиях особенно важно гигиеническое регламентирование этих факторов, а также уровня жизни, условий труда и отдыха людей.

Среди гигиенических и социальных проблем первоочередное значение имеет предупреждение хронической патологии. С этой целью необходимо повысить требовательность к соблюдению гигиенических норм на всех этапах изготовления продуктов питания, усилить контроль за процессами их переработки, хранения, транспортировки и реализации. Жесткая система контроля должна распространяться также на область применения минеральных удобрений и других химических веществ, вредных для здоровья человека.

В экономическом обосновании нуждаются и мероприятия, предусматривающие более эффективное использование законодательства по санитарной охране почвы, водоемов и воздушного бассейна, а также выполнение санитарно-гигиенических и противоэпидемических правил и норм на предприятиях (в учреждениях, организациях). Санитарно-эпидемическое благополучие россиян в значительной мере зависит от успешности проведения мер экологической политики.

В условиях перехода к рынку основные направления работы санитарно-эпидемиологической службы должны в большей мере основываться на экономико-гигиенических и экологических нормативах. Особенно это касается санитарной охраны атмосферного воздуха, воды и источников водоснабжения; гигиенической планировки населенных мест, жилых и общественных зданий (учета соответствующих физических факторов); санитарно-экологической охраны почвы и очистки населенных мест; санитарного надзора в области гигиены труда. Система экономических стандартов и норм способна облегчить и сделать более эффективным контроль за требованиями к производственному оборудованию, машинам и технологическим процессам, метеоусловиям производственной среды и ее токсичным веществам; необходимым мерам профилактики их вредного воздействия, связанного с производственной пылью, зашумленностью, инфразвуком и вибрацией. Это же касается санитарных норм и правил работы с источниками электромагнитных полей высоких, ультра- и сверхвысоких частот.

Целесообразно применение штрафных санкций при распространении профессиональных заболеваний, отравлений и мер по их профилактике и снижению. Экономическому регулированию под-

лежат также вопросы санитарного надзора в области отраслевой гигиены — гигиены труда в сельском хозяйстве, гигиены питания, гигиены детей и подростков, а также радиационной гигиены и профилактики инфекционных заболеваний.

В условиях перехода к рыночной экономике необходимо разработать экономические меры повышения эффективности государственного надзора, что предполагает в первую очередь переход к преимущественно экономическим методам управления санитарно-эпидемиологической службы и отдельными ее подразделениями. В составе санитарно-эпидемиологической службы целесообразно создавать оперативные лабораторные подразделения, которые осуществляли бы госсанэпиднадзор централизованно на закрепленной за ними территории.

В качестве мер финансового воздействия целесообразно расширить практику взыскания регрессивных исков в размере понесенных расходов в случаях расследования и устранения причин массовых (профессиональных) заболеваний и отравлений. Соответствующие расходы можно было бы компенсировать за счет использования средств социального страхования.

В основу моделей конечных результатов работы санитарно-эпидемиологической службы необходимо заложить систему показателей экономической результативности в комплексе с показателями дефектов работы отдельных ее учреждений (подразделений), в качестве которых могут быть сохранность и степень восстановления трудоспособности, инвалидизации работающих и др. С помощью экономических стандартов качества можно было бы максимизировать уровень качества лечения в амбулаторно-поликлинических и стационарных учреждениях. Объем и характер профилактической работы объективнее определяются санитарно-гигиеническими стандартами.

Повышение эффективности деятельности санитарно-эпидемиологической службы в новых условиях хозяйствования связано с использованием бригадной формы организации и оплаты труда, разработкой экономического механизма установления причинно-следственных связей между условиями труда и заболеваемостью работающих, совершенствованием системы ценообразования на лабораторные исследования и другие санитарные услуги.

Для определения эффективности санитарно-эпидемиологической службы необходима разработка комплекса экономико-гигиенических показателей, ориентированных на конечные результаты деятельности этой службы и ее подразделений. Наиболее полно конечный результат деятельности санитарно-эпидемиологической службы отражают такие показатели результативности, как уровень инфекционной и паразитарной заболеваемости, профессиональных заболеваний и профессиональных отравлений, а также удельный вес объектов, приведенных к надлежащим санитарным требованиям в течение года.

Задачи и функции санитарно-эпидемиологической службы существенно усложняются и расширяются. В первую очередь это

касается вопросов установления причинно-следственных связей между состоянием здоровья работающих и условиями их труда, быта и отдыха; приоритетов санитарно-экологических защитных мер, а также контроля за эффективностью проводимых оздоровительно-профилактических мероприятий.

В связи с этим возрастает роль экономического анализа деятельности органов и учреждений санитарно-эпидемиологической службы. Для повышения эффективности санитарно-гигиенических мероприятий необходимо сформировать более рациональную инфраструктуру санитарно-эпидемиологической службы России.

Бюджетные ассигнования как основной источник финансирования санитарно-эпидемиологической службы определяются с учетом затрат на текущее содержание по сложившейся схеме расходов с использованием коэффициента их прироста, а также с учетом увеличения норм затрат (согласно директивным документам) и ассигнований на приобретение оборудования, осуществление капитальных вложений и капитального ремонта.

Используются дополнительные источники финансирования за счет оказания платных санитарно-гигиенических и противоэпидемических услуг, экспертной и консультативной помощи юридическим и физическим лицам (в том числе учреждениям здравоохранения), предоставления им служебной информации, разработки социально-гигиенического паспорта области, города, района. Дополнительными источниками финансирования являются также средства, получаемые от сдачи в аренду зданий и помещений, хозяйственных работ с предприятиями (учреждениями), отчислений из фондов охраны природы, регрессивных исков, продажи неиспользуемого оборудования и спецаппаратуры, реализации сверхнормативных запасов (например, дезинфекционных средств), а также поступления за счет снижения заболеваемости среди рабочих промышленных предприятий. Еще одной статьей дополнительных средств могут быть работы и услуги, выполняемые в рамках профилактической дезинфекции, дезинсекции и дератизации. Поступающие по регрессным искам (за ущерб здоровью населения, причиняемый предприятиями) средства распределяются пропорционально между санитарно-эпидемиологической службой и ЛПУ в соответствии с дополнительно понесенными ими затратами.

Учреждения санитарно-эпидемиологического профиля решают вопросы стратегического и тактического планирования, разрабатывают систему планов, в том числе бизнес-план. Производственно-финансовый план является составной частью бизнес-плана, в котором определены расходы по расчетам с исполнителями за выполнение санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий согласно установленным расценкам. Такой план может корректироваться только по итогам года.

В процессе реализации бизнес-плана допускаются различные формы финансовых взаиморасчетов — по внутриучрежденческой зарплате и межотделенческим расчетам (в том числе за выполнение временной работы на договорной основе), межсистемным

расчетам по зарплате (включая ЛПУ) с различными предприятиями (организациями) согласно прейскуранту цен. Стоимость санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий определяется экспертно с учетом существующих дифференцированных норм затрат рабочего времени по всем направлениям деятельности санитарно-эпидемиологических учреждений. В новых экономических условиях целесообразно пользоваться централизованно разработанными расчетными затратами рабочего времени на проведение лабораторных анализов и исследований.

Развитие межучрежденческих экономических отношений позволяет в полной мере оплачивать труд привлекаемых специалистов. Межсистемная форма расчетов по зарплате практикуется при проведении разного рода дезинфекционных, дезинсекционных и дератизационных работ, а также лабораторных и инструментальных анализов, экспертиз и др. Расширение масштабов оказания платных услуг сдерживается отсутствием современной нормативно-законодательной базы и сложностью определения их себестоимости. Разработанные дифференцированные критерии оценки и показатели деятельности подразделений санитарно-профилактического профиля (оперативная активность, результативность, эффективность) требуют более глубокого экономического обоснования.

Это же касается показателей, влияющих на формирование оплаты труда и оценивающих конечные результаты труда, его качество и эффективность, а также коэффициентов трудового участия (КТУ) персонала. При расчете фонда оплаты труда следует шире использовать коэффициенты, повышающие и понижающие его результаты с учетом квалификации исполнителя, степени срочности выполняемых работ и их значимости, соответствия стандартам качества.

Показатели оперативной активности выполнения санитарно-гигиенических работ и оказываемых услуг оценивают по итогам работы за месяц, квартал и год. К этим показателям относятся число активно выполненных действий на 100 обследований — штрафных санкций, постановлений о закрытии предприятий (организаций), отстранений от работы; процент благополучных (в санитарно-гигиеническом отношении) объектов от общей их численности или перешедших в так называемую благополучную группу, а также положительная динамика показателей лабораторных исследований. Эффективность санитарно-эпидемиологических учреждений оценивается по итогам работы за год. К числу таких показателей относится отсутствие вспышек пищевых отравлений на обслуживаемой территории, уровень заболеваемости с временной утратой трудоспособности (ниже контрольных показателей по разным отраслям промышленности), стабилизация (или снижение) нежелательных отклонений в состоянии здоровья детей и школьников и т. д.

Требуется дальнейшее экономическое совершенствование системы расчета показателей дефектов в деятельности санитарно-

эпидемиологической службы. Кроме того, практическое значение приобретают вопросы ее взаимоотношения с территориальными медицинскими объединениями (ТМО), причем финансовые средства и автотранспорт целесообразно передавать на баланс ТМО.

В условиях развития рыночных отношений эффективны такие формы работы, как арендные отношения, бригадный подряд (специализированный и комплексный), бригадная форма организации и оплаты труда. Последняя форма организации используется все еще недостаточно. Между тем бригадный подряд является также прогрессивной формой организации и оплаты труда по конечным результатам работы.

Труд работающих в бригаде оценивают с учетом временных норм затрат рабочего времени (посредством КТУ) на отдельные виды работ и услуг, объема и качества их выполнения. Для определения КТУ суммируют затраты рабочего времени на выполненные виды работ в течение месяца и вычитают из них время, затрачиваемое на 1 ставку, согласно сетке часов рабочего времени на каждый месяц. При перевыполнении объема работ бригадой (сверх нормативной ставки) средним и младшим медицинским работникам можно доплачивать до 75 % их должностного оклада, а врачам и другим специалистам — до 50 %. «Стандарты качества» распространяются на санитарно-диагностические, организационно-экономические и оздоровительно-профилактические работы и услуги, выполнение которых способствует улучшению состояния здоровья населения и чистоте окружающей среды.

В период перехода к рыночным отношениям особенно актуальна функция управления состоянием здоровья населения с учетом воздействующих на него факторов. При решении управленческих проблем организации санитарно-эпидемиологической службы важная роль отводится элементам хозрасчета и централизации управления, которая способствует усилению госсанэпиднадзора и появлению новых функций названной службы.

Критерием оценки эффективной работы учреждений санитарно-эпидемиологического профиля служит показатель состояния здоровья общества, который позволяет установить уровень госсанэпиднадзора и его качество. При этом результативность его работы в максимальной степени отражает итоговую деятельность санэпидучреждений (их структурных подразделений), а допускаемые дефекты — лишь наиболее серьезные нарушения. Показатель эффективности целесообразно формировать с учетом приоритетных целей санитарно-эпидемиологической службы, в качестве которых выступают:

- госсанэпиднадзор за проведением профилактических мероприятий и снижением инфекционной, профессиональной заболеваемости;

- углубленное изучение состояния здоровья населения с учетом влияющих на него факторов окружающей среды;

- выбор приоритетных мер по предупреждению и устранению

вредного влияния среды обитания на основе экономического анализа.

Таким образом, о качестве работы санитарно-эпидемиологической службы свидетельствуют конечные результаты ее деятельности, оценка оперативных мероприятий, в том числе на объектах, непосредственно контролируемых санитарно-эпидемиологическими учреждениями. Целесообразность и эффективность всех учитываемых показателей (социально-гигиенические мероприятия по обеспечению санитарно-эпидемического благополучия территории; оценка как оперативной деятельности санитарно-эпидемиологических учреждений с учетом объема и характера их работы, так и результативности работы на объектах, непосредственно контролируемых структурными подразделениями этих учреждений) должны быть экономически обоснованы.

Полученные результаты необходимо сопоставлять в динамике с нормативами и средними данными по обслуживаемой территории. В ходе выполнения названного выше эксперимента методом коллективной экспертной оценки были отобраны следующие основные показатели: уровень инфекционной (в том числе неуправляемой) и паразитарной заболеваемости, профессиональные и групповые пищевые отравления, уровень санитарно-эпидемического благополучия. Если «неуправляемая» инфекционная заболеваемость относится к показателям результативности, то «управляемая» — к показателям дефектов работы санитарно-эпидемиологических учреждений. Экспертами было рекомендовано дополнительно включить в группу заболеваемости показатели с временной утратой трудоспособности и степень охвата населения профилактическими прививками. Случаи групповых пищевых отравлений были квалифицированы экспертами как допущенные дефекты в работе.

С помощью показателей, отражающих состояние здоровья граждан и санитарно-гигиенические условия их проживания, можно получить качественные и количественные характеристики ущерба с учетом возрастных и социально-профессиональных признаков населения, обслуживаемого санитарно-эпидемиологическим учреждением. При этом важно выделять факторы, вызывающие эти потери.

Экспертами были установлены следующие наиболее существенные показатели состояния санитарно-гигиенических условий жизни граждан: состояние солнечной радиации (общей, ультрафиолетовой), наличие зеленых насаждений, а также жалобы людей на санитарные вредности. Показатель «детская смертность» рекомендовалось включить в число факторов, касающихся среды обитания. К тому же данный показатель целесообразно оценивать наряду с показателями рождаемости, степенью социально-экономического и промышленного развития территории, а также другими условиями жизни, влияющими на состояние здоровья детей раннего возраста. Показатель детской смертности имеет особое значение для оценки санитарного благополучия общества.

С целью оценки состояния здоровья населения изучают заболеваемость «по обращаемости» и смертность, патологию беременности и рождаемость детей с врожденными аномалиями развития.

Все санитарно-гигиенические показатели должны быть ориентированы на конечные результаты деятельности рассматриваемой службы. В перспективе большое значение будут иметь результативность предупредительного госсанэпиднадзора и их экономический анализ. В первую очередь это касается сроков локализации и ликвидации вспышек инфекционных (паразитарных) заболеваний и отравлений, качества выполнения заявок на проведение дезинфекции, правильности выбора строительного участка для объектов надзора, целесообразности внедрения технологических процессов и оборудования с применением соответствующих химических веществ и материалов.

Дополнительно могут учитываться степень охвата диспансерным наблюдением переболевших вирусным гепатитом и другие показатели, которые необходимы для оценки оперативной деятельности санитарно-эпидемиологического учреждения. О результативности работы свидетельствуют также уровень прибыли за счет выполнения хозяйственной работы; удельный вес объектов, вводимых в эксплуатацию без разрешения госсанэпиднадзора, а также с нарушением санитарных и противоэпидемических норм и правил в отчетном году; доля эпидемических очагов с повторными заболеваниями.

Деятельность санитарно-эпидемиологической службы оценивается комплексом таких показателей, как уровень ее обеспеченности квалифицированными кадрами и структурными подразделениями, соответствующими местным условиям; ее оснащенность оборудованием и инструментарием, а также интенсивность их использования.

В современных условиях эффективность работы санитарно-профилактических учреждений определяется в большей мере уровнем получаемой ими прибыли, а также такими показателями результативности, как жалобы граждан на неоперативные меры по устранению неблагоприятных для проживания факторов, неквалифицированные административно-правовые меры воздействия госсанэпиднадзора и др.

Модель конечных результатов деятельности санэпидслужбы основывается на определении нормативных значений комплекса приведенных выше показателей, разработке оценочных шкал учета выполняемых санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий локального уровня и расчетах их интегральных оценочных величин. При этом следует исходить из нормативных значений показателей результативности и допускаемых дефектов в работе в контексте многолетней динамики на основе анализа динамических рядов.

2.5. Производство и использование медицинской техники

Медицинская промышленность — важнейшая составная часть материально-технической базы здравоохранения, объединяющая совокупность производств, чрезвычайно разнородных по технико-экономическим параметрам, в единое целое лишь с точки зрения назначения выпускаемой ими продукции.

В составе отраслей медицинской промышленности выделяют ряд подотраслей, например химико-фармацевтическую, производство медицинской техники и изделий медицинского назначения из стекла, фарфора и пластмасс, а также заготовка и переработка лекарственных растений, производство лекарственных средств. Таким образом, можно говорить о МТК как совокупности подотраслей медицинской промышленности.

При анализе структуры МТК производимая аппаратура и оборудование рассматриваются как совокупность различных технических средств, используемых в процессе профилактики, диагностики и лечения заболеваний, а также для оснащения учреждений здравоохранения. В здравоохранении медицинская техника предназначена для:

- осуществления профилактических, диагностических и лечебных процессов;
- выполнения вспомогательно-технических работ, облегчающих труд среднего и младшего медицинского персонала;
- проведения медико-биологических и санитарно-гигиенических исследований;
- осуществления мероприятий по санитарно-профилактической охране окружающей среды; изучения деятельности на производстве и в быту с целью создания нормальных условий жизни.

Для повышения эффективности здравоохранения необходима комплексная разработка медицинской техники как средства производства и орудия труда в этой отрасли народного хозяйства. Совокупность производств по потребительскому признаку предопределила многопрофильность медицинской промышленности. Для изготовления диагностической и реабилитационно-терапевтической техники используются производственные процессы, характерные для различных областей машиностроения и приборостроения. Распространены технология производства изделий из стекла и пластмасс, а также процессы выращивания, заготовки и переработки лекарственных растений. Специфика всех этих процессов и технологий сочетается с мелкосерийностью и малотоннажностью производства соответствующих изделий и фармацевтических средств.

Оснащение учреждений здравоохранения медицинской техникой, формирование рациональной структуры их потребностей во многом определяются состоянием и перспективами развития отрасли и научной мысли, наличием квалифицированного персонала, способного обслуживать медико-технические системы. В настоящее время номенклатура проводимых в России изделий медицин-

ской техники насчитывает примерно 5 тыс. наименований, в то время как в промышленно развитых странах — свыше 6 тыс. К сожалению, многие виды медицинской техники отечественная промышленность не выпускает.

В условиях рынка ее производят не только неспециализированные предприятия и организации с высоким научно-техническим потенциалом, но и кооперативные и арендные предприятия, а также инженерные центры самых различных направлений. Для преодоления межведомственной разобщенности, создания динамичных структур, ориентированных на решение конкретных задач технического оснащения здравоохранения, необходимы устойчивые хозяйственные связи между разработчиками, производителями и потребителями медицинской техники, которые обеспечиваются научно-техническими обществами, выступающими в качестве рыночных субъектов хозяйственной деятельности.

Усилия этих обществ направлены на разработку и производство высокоэффективных технических средств диагностики, лечения и медицинской реабилитации, использование современных достижений приборостроения в здравоохранении, повышение качества аппаратуры. В ходе конверсии оборонной промышленности научно-технические общества участвуют в разработке и реализации проектов освоения оборонными предприятиями производства медицинской техники.

Одним из основных направлений ее развития является такое взаимодействие медицины, физики и химии, которое, с одной стороны, изучает физико-химические явления (сопровожающие патологофизиологические процессы), а с другой — использует достижения этих наук для создания медицинской техники, материалов для диагностики, лечения и реабилитации больных (например, измерение биоэлектрических потенциалов, применение ионизирующих излучений и т. д.). Поэтому в последнее время в штате учреждений здравоохранения предусматриваются ставки инженеров, физиков, химиков, математиков.

Представителей перечисленных профессий можно объединить общим термином «медицинские инженеры», функцией которых являются рациональное использование медицинской техники с целью количественной обработки диагностической информации для врача, а также разработка современных технических средств, используемых в лечебно-диагностических процессах.

В настоящее время в России имеется несколько десятков крупных заводов по производству медицинской техники. Однако комплектные поставки необходимого медицинского оборудования развиты недостаточно. Это вынуждает учреждения здравоохранения самим разрабатывать и производить требуемые технические средства, прежде всего нужное для функционирования системы контроля и гарантии качества диагностических, терапевтических и реабилитационных процессов.

На уровень отечественного здравоохранения (в частности, использование имеющейся медицинской техники) отрицательно

влияет недооценка роли медицинской физики, инженерной технологии, что способствует нарушению существующих пропорций между числом врачей, с одной стороны, и инженерно-техническим персоналом (физиками) — с другой, в крупных клинико-диагностических центрах.

Аналогичная ситуация характерна для гидравлики, механики, оптики, теплотехники, электроники, энергетики и других наук, применяемых в медицине.

В рамках выполнения Государственной программы конверсии оборонной промышленности выпуск непродовольственных товаров народного потребления предприятиями оборонного комплекса планируется повысить примерно вдвое к 1995 г., а медицинской техники — в 2,4 раза за счет освоения новой продукции. Так, например, предприятия и организации авиационной промышленности выполняют большой комплекс научно-исследовательских и опытно-конструкторских работ по использованию систем жизнеобеспечения больных, производству лечебных барокамер, наркозно-дыхательной и ингаляционной аппаратуры; криогенной техники в терапевтических целях и лазерной — в хирургической практике.

Предприятия оборонной промышленности создают аппаратуру и установки для внепочечного очищения крови, современные оптические и офтальмологические приборы, гибкие эндоскопы; судостроительной промышленности — приборы и аппаратуру для лучевой терапии, реанимационных барокомплексов; атомной промышленности — средства дозиметрического контроля, комплексы искусственных органов.

Разрабатываются комплексы искусственной поджелудочной железы, гипертермии злокачественных новообразований, ультразвуковой диагностики. Аппаратные комплексы для оперативной диагностики состояния человека, электростимуляторы, а также автоматизированные рабочие места для специалистов (терапевтов, диагностов, педиатров и др.) создаются в радиотехнической промышленности на основе персональных ЭВМ.

В настоящее время значительное количество предприятий и организаций оборонно-космического профиля проектируют и производят изделия медицинской техники, что существенно повышает их качество, улучшает поставку медицинской техники как по объему, так и по номенклатуре.

Большие перспективы в решении социально-медицинских задач, связанных с оптимизацией лечебно-диагностических и реабилитационных процессов, открываются при объединении медицинской техники, радиационной физики и информатики. Это весьма актуально как в теоретическом, так и практическом плане.

К сожалению, зарубежная медицинская техника, как известно, по ее номенклатуре и техническому уровню (массо-габаритный, сервисный, дизайно-эргономический) существенно превосходит аналогичную отечественную продукцию. Это обусловлено отсутствием отечественных высококачественных материалов и комплектующих изделий, например, в компьютерной томографии, рент-

геновской диагностической и ультразвуковой технике (в частности, цифровой), мониторах, средствах протезирования, а также технических средствах протонированного и программного введения лекарственных препаратов.

Поэтому для повышения организационно-технического уровня российского МТК необходимо:

- создание и производство современных, а также модернизация и совершенствование существующих медицинских приборов, аппаратов, оборудования и инструментов;

- разработка перспективной элементной базы для проектируемых изделий медицинской техники, технологии их производства;

- создание новых материалов (металлических и полимерных) и высокоэффективных лекарственных средств;

- закупка высококачественных импортных комплектующих изделий;

- расширение научно-технического сотрудничества отечественных учреждений здравоохранения с ведущими зарубежными медицинскими центрами на базе создания совместных производств, привлечения иностранных инвестиций в российское здравоохранение.

За рубежом достигнуты значительные успехи в создании средств функциональной диагностики, расширении возможностей обработки информации и выдаче диагностических заключений при незначительных массо-габаритных параметрах приборов, а также в производстве трехканальных автоматизированных приборов, обеспечивающих обработку данных и решение задач постсиндромной диагностики. В мире медицинскую технику стараются выпускать небольшой массой и габаритами с термопечатающими головками. Кроме того, совершенствуются приборы для динамического круглосуточного наблюдения с помощью емкой электронной памяти.

В США в 1991 г., например, рынок ультразвуковых диагностических приборов оценивался примерно в 750 млн долл., в то время как в России — около 8 млн руб. (в ценах 1991 г.).

Значительный прогресс в мире достигнут в области создания гибких эндоскопов. Если в России в 1991 г. объем выпуска гибких и жестких эндоскопов составлял примерно 33 млн руб. в год, то в США — около 350 млн долл. Отечественное приборостроение уступает зарубежному в разработке и выпуске автоматизированных измерителей артериального давления крови, аудиометров, слуховых аппаратов.

Отечественная наркозно-дыхательная аппаратура не уступает зарубежным аналогам. Однако по дизайну, насыщению специальными мониторами и средствами измерения отечественные наркозно-дыхательные аппараты еще отстают от новейших зарубежных образцов. Годовой объем производства мониторов в России составляет примерно 9 млн руб. (по ценам 1991 г.), в то время как в США — около 900 млн долл.

Это же касается аппаратов замещения органов человека и разрушения камней в почках. Между тем эффективное решение задач в области их создания может быть обеспечено лишь с помощью микропроцессоров и совершенствования первичных измерительных устройств. За рубежом осуществляется переход к использованию одноразовых кровепроводящих элементов.

В современных условиях уровень автоматизации медицинских лабораторных приборов (аппаратов) повышается благодаря применению вычислительной техники и высококачественных комплектующих компонентов (материалов). Все более широкое распространение получают мощные (причем малогабаритные) микропроцессорные наборы и малогабаритные светофильтры, многослойные гибкие печатные платы, волоконные оптические жгуты и т. д. Российские образцы медицинской техники в этой области также значительно отстают от мировых стандартов.

Таким образом, для современного развития медицинской техники прежде всего характерно повышение уровня ее автоматизации (при выполнении основных функций производимых изделий, обработке получаемых данных).

Перспективы совершенствования медицинской техники в основном связаны с разработкой микропроцессорного управления измерениями, компьютерной томографии, более широким использованием программного управления (с встроенными микро-ЭВМ), а также совершенствованием форм визуализации процессов диагностики и лечения. Приобретают особую значимость автоматизация процессов измерения и обработка информации в средствах мониторинга наблюдения за больными (с широким набором датчиков первичных данных).

В более интенсивном развитии нуждаются автоматизированные системы контроля за состоянием здоровья обследуемых контингентов и экспертных систем с программным обеспечением высокого уровня надежности. Модернизации требуют автоматизированные информационные системы сбора, хранения, обработки и использования служебной информации.

За рубежом динамично развивается производство ортопедических и общехирургических передвижных столов с комбинированным приводом и пневмопружинами (для перемещения отдельных секций панели), а также кресел-колясок. Общий объем продаж последних к 1993 г. превысил 1,5 млрд долл. (против 529 млн долл. в 1988 г.). Возможность использования больничных коек повышается за счет гидро- и электроприводов для их подъема благодаря применению облегченных конструкционных материалов.

Технический уровень отечественных кресел-каталок, операционных столов, тележек, кроватей и комплексных средств для восстановительного лечения можно повысить за счет стабильных централизованных поставок заводам медоборудования современных устройств (малогабаритных и маломощных электро- и гидроприводов, гибких трубопроводов, пневмопружин и т. д.).

Практическое значение приобретает совершенствование техно-

логических процессов изготовления медицинского оборудования. В первую очередь это касается широкого применения за рубежом порошковых полимерных материалов, гальванических покрытий специальными пастами и литья из разнообразных сплавов. Этим достигается высокое качество дизайна и поверхности отливков, обеспечивается их технологичность. В зарубежной практике здравоохранения создана универсальная номенклатура медицинских инструментов, позволяющая более полно и эффективно внедрять новые методы профилактики, диагностики и лечения, например для хирургических вмешательств — плазменные и лазерные источники энергии, а также специализированные комплексы типа: материал — инструмент — оборудование — медицинская технология.

Функциональные возможности мониторинговых систем повышаются за счет совершенствования процессов накопления, хранения и документирования данных о состоянии больного, а также контроля динамики физиологических показателей и более высокого качества работоспособности самих систем и исходных сигналов. За рубежом для акушерских систем, неврологических, мониторов дыхательных функций и аритмий присущ высокий уровень дизайна.

Современный технический уровень медицинских изделий обеспечивается прогрессивными технологическими процессами изготовления, высокой квалификацией инженеров-разработчиков, технологов и рабочих. Выпускаемая медицинская техника за рубежом отличается рациональностью конструкции, исключением элементов без определенной функциональной нагрузки. Для изготовления деталей используются рациональные заготовки с минимальными припусками на механическую обработку на предприятиях, оснащенных штамповочно-гибочными агрегатами, литьевыми машинами (при соблюдении такого правила, как сохранение единства технологической базы).

Для совершенствования технологических процессов и технической базы МТК необходимо привлечение значительных финансовых ресурсов. Собственных средств предприятий здесь явно недостаточно. Поэтому необходимо использование заемных средств как в виде традиционных банковских кредитов, так и в других формах, например в виде маркетинга и т. д. Снижение материалоемкости и габаритных размеров медицинского оборудования достигается тщательными эргономическими и эстетическими проработками, широким использованием пластмасс, в частности при создании комплексов оборудования рабочего места стоматолога.

Автоматизированные медицинские системы позволяют объективно оценивать состояние здоровья работающих при профилактических осмотрах; выявлять заболевания на ранних стадиях, проводить необходимые лечебно-оздоровительные мероприятия и обеспечивать динамическое наблюдение за состоянием их здоровья.

Таким образом, изложенный материал свидетельствует о том, что для повышения технического уровня отечественной медицин-

ской техники целесообразно снижение себестоимости конструкторско-технологических разработок, улучшение качества производимой техники, повышение ее надежности, уменьшение материало-, энерго- и капиталоёмкости; решение вопросов дизайна, эргономичности и простоты в эксплуатации.

Обобщающими показателями экономической эффективности производства изделий медицинского назначения являются рост производительности труда, интегральный экономический эффект, снижение трудоёмкости продукции, относительная экономия численности работников, прирост объема производства, экономия не только рабочего времени, но и элементов себестоимости продукции. В связи с этим актуальной проблемой экономического анализа выступает разработка общих принципов системного подхода к решению медико-инженерных проблем.

В настоящее время медико-технические системы и комплексы должны отвечать таким требованиям, как новизна конструкции аппаратов и приборов, их простота и дешевизна, наличие программного обеспечения и высокий уровень автоматизации, обеспеченность медицинской метрологией. При этом для повышения эффективности работы учреждений здравоохранения необходима ориентация на их комплексное оснащение медицинской техникой. Для оценки ее эффективности и уровня надежности все шире применяют кибернетический подход. В этом случае экономичность прибора (аппарата, оборудования), определяемая суммарными затратами, представляет собой экстремальную кривую, позволяющую установить соответствие между его (их) оптимальной массой, минимальными затратами и максимальной эффективностью.

Экономическую эффективность автоматизированных систем профилактических осмотров населения рассчитывают по комплексу основных и вспомогательных показателей: пропускная способность, срок окупаемости затрат на создание и внедрение системы; интегральный экономический эффект от ее внедрения; себестоимость обследования и время прохождения осмотра; численность обслуживающего персонала и производительность его труда, а также ряд других параметров.

Разработка и внедрение высокоэффективных диагностических приемов и методов лечения способствуют переходу к комплексному оснащению ЛПУ медицинской техникой, механизации вспомогательных технических работ, использованию автоматизированных медико-технических систем. В связи с этим требуется соответствующая система критериев оценки эффективности медико-технических систем и входящих в них средств, определение пропускной способности диагностического комплекса и его взаимосвязей с информационным блоком, оценка таких характеристик медицинской техники, как степень ее сложности, надежности, стоимости, размера затрат на обслуживание.

К сожалению, для медицинской техники отсутствуют пока общепринятые методы расчета экономического эффекта в сфере потребления. Однако при этом исходят из того, что продукция

подобного рода обеспечивает медико-социальный эффект, взаимосвязь которого с экономической отдачей имеет качественный характер. В условиях же рынка необходима комплексная методика расчета экономической эффективности медицинской техники, которая охватывала бы все основные стадии ее жизненного цикла. В связи с этим затраты и одновременно получаемые эффекты должны сопоставляться с учетом фактора времени, т. е. путем дисконтирования или приведения их к единому моменту времени.

Для успешного развития отечественного медицинского приборостроения необходимо использовать экономические и организационные возможности предпринимательской деятельности в этой области. В свою очередь это требует разработки и реализации комплексной системы мер. Конкретно речь идет об организации медико-инженерных центров для проектирования, производства и внедрения медицинской техники. Нужны региональные программы конверсии предприятий (организаций) оборонной промышленности и перевод их на изготовление продукции медицинского приборостроения.

Эти программы будут финансироваться за счет региональных органов здравоохранения.

Внедрение в инженерную практику стандартов качества по всем видам и классам изготавливаемой медицинской техники предполагает создание специализированной и расширение универсальной системы элементарных баз медицинского приборостроения. Кадровая подготовка по специальности «клинический инженер» требует организации учебных курсов по основам проектирования и эксплуатации медицинской техники.

Система социальной защиты специалистов, работающих в различных областях медицины, — инженеров, техников, физиков — предполагает разработку нормативно-законодательных актов, регламентирующих их деятельность, а также создание соответствующих программ обучения и аттестации, проведение стандартизации.

Важно учитывать, что в процессе диагностико-терапевтических исследований и процедур устанавливается непосредственный контакт пациента с медицинским прибором (аппаратом, оборудованием). Эндоскопические исследования, электрохирургические вмешательства, электростимуляционные воздействия и т. д. сопровождаются вторжением через кожные покровы в самые глубокие и жизненно важные органы и системы человека. Поэтому в современных условиях особое значение приобретает проблема обеспечения безопасности больных в процессе диагностики и лечения. Для этой цели используют оценочные стандарты качества продукции предприятий медицинской промышленности, которые должны охватывать все функции системы управления качеством выпускаемых изделий медицинского назначения, включая стадии их разработки, производства, эксплуатации, а также планирования, аттестации и адекватной оценки контроля качества; сбора и анализа использования информации о качестве труда, материальном

и моральном стимулировании работников; определения экономической эффективности медицинской техники.

В настоящее время приобретает особую значимость расчет экономической эффективности стандартизации медицинской техники, обеспечивающей существенную экономию средств, сокращение сроков ее проектирования и освоения производства, увеличения масштабов ее выпуска. Кроме того, стандартизация способствует снижению себестоимости и повышению рентабельности производства изделий медицинского приборостроения, а также сокращает затраты на ее разработку, так как в состав медицинской техники входят сотни, а зачастую и тысячи комплектующих изделий.

В конечном итоге проведение стандартизации во многом помогает решить проблемы безопасности пациента и медицинского персонала при эксплуатации медицинской техники. Речь идет о необходимости принятия защитных мер от возможного поражения пациентов электротоком, механических повреждений, ожогов и взрывов, разного рода нарушений в процессе эксплуатации медицинской аппаратуры, тем более, что процесс применения медицинской техники сопровождается нередко использованием такой аппаратуры при ослабленном (порой даже бессознательно) состоянии больного, его иммобилизации.

Стандартизация помогает также решить проблемы сбыта и сервисного обслуживания медицинской техники. Организация ее производства в соответствии со стандартами ISO (Международной организации по стандартизации) и МЭК (Международной электротехнической комиссии) должна гарантировать стабильность качества выпускаемых изделий. Стандартизация, наконец, — это гарантия того, что отечественная продукция станет конкурентоспособной на мировом рынке.

В настоящее время в России разработкой медицинской техники занимается большое количество учреждений и организаций. Созданные недавно ассоциации медицинских инженеров и физиков способны внести существенный вклад в рациональное осуществление конверсии предприятий оборонных отраслей промышленности при переходе их к разработке и производству изделий медицинского назначения. Этому же может содействовать и предоставление инженерным и физическим обществам (организациям) налоговых льгот, установленных Законом «Об инвестиционном налоговом кредите».

В 1991 г. была организована Международная ассоциация по медицинской технике, объединяющая предприятия (учреждения), которые занимаются разработкой, производством и обслуживанием медицинской техники. Целью и задачами деятельности этой ассоциации являются:

- информационное обслуживание членов указанной ассоциации о производителях и покупателях медицинской техники;
- расширение и поддержка кооперационных связей членов этой ассоциации с совместными производствами, а также с национальными и международными организациями.

Развивая маркетинг и торговлю, названная ассоциация поддерживает тесные связи с дистрибьютерскими фирмами, которые помогают поставщикам медицинской продукции в ее реализации на рынках стран — участниц ассоциации.

Таким образом, изложенные выше направления системного подхода к повышению результативности и конкурентоспособности отечественной медицинской техники в условиях рынка должны обеспечить более эффективное функционирование всего МТК в целом.

2.6. Комплексная система реабилитации в условиях перехода к рыночным отношениям

Комплексная проблема реабилитации включает в себя совокупность медицинских, социальных, профессиональных и производственно-экономических аспектов. Для сокращения сроков возвращения больных и инвалидов к общественно полезному труду необходимо обеспечить соответствующие условия для проведения комплекса мер (государственных, социально-экономических, клинических, профессиональных, педагогических) по предупреждению развития патологических процессов, обуславливающих временную или стойкую утрату трудоспособности.

В современной литературе реабилитация определяется как открытая, биопсихосоциальная и экономическая система, конечный результат функционирования которой способствует более эффективному развитию общественного производства за счет повышения трудового потенциала общества. Сложность системы реабилитации обуславливает необходимость ее исследования с позиций системного подхода.

Особое значение реабилитация больных и инвалидов, а также практически здоровых лиц приобретает в условиях перехода к рыночным отношениям, характеризующегося социально-экономическими переменами и изменениями в демографической структуре общества, а также связанными с ними особенностями современной патологии.

В России сложились разнообразные организационные формы и элементы реабилитации. Среди этих форм в первую очередь можно выделить трудовую терапию, рациональное трудоустройство инвалидов (в обычных производственных условиях), профессиональное обучение и переобучение, а также трудоустройство на специализированные предприятия и в специальные цеха, на учебно-производственные предприятия (слепых и глухих инвалидов), организацию надомных видов работ и ряд других.

Накопленный опыт социально-трудовой реабилитации больных и инвалидов, а также возможности его использования необходимо рассматривать как непрерывно развивающийся процесс. Для этого требуется сопоставление и анализ организационно-экономических структур и контингентов больных (инвалидов) с учетом всего многообразия нозологических и психопатологических факторов.

В условиях рыночной экономики те или иные формы трудового устройства и социальной реабилитации должны быть обусловлены спецификой соматических и психических заболеваний, хронической патологией практически здоровых лиц.

В отечественной практике реабилитации в качестве эффективного социально-психологического и терапевтического метода традиционно используются лечебно-трудовые мастерские как средство восстановления трудовой деятельности. Однако в плане восстановления социальных связей больного и его адаптации в обществе эти мастерские, функционировавшие при больницах и диспансерах (особенно психоневрологического профиля), были не в состоянии решать сложный комплекс задач реабилитации с позиций системного подхода.

Расширение узких рамок сложившихся в прошлом консервативных форм потребовало кооперирования лечебно-трудовых мастерских с крупными промышленными предприятиями, что значительно повысило эффективность процесса реабилитации, так как в этом случае промышленные предприятия предоставляли необходимое оборудование и оснащение лечебно-трудовых мастерских, готовили кадры специалистов-инструкторов. Хорошо зарекомендовала себя практика направления психоневрологических больных в специализированные цеха предприятий (заводов) при условии наблюдения за ними специально подготовленных сестер и врачей. Единый лечебно-производственный комплекс (психиатрическая больница — предприятие) обеспечивал определенную преемственность реабилитационного процесса между стационаром, диспансером и социальной пригодностью больных. Такой подход позволил трудоустроить примерно половину инвалидов II группы и каждого пятого-шестого инвалида I группы. В этом случае решались проблемы не только трудоустройства, но и социально-трудовой реабилитации. Инвалиды, приобщаясь к общественно полезному труду, обретали чувство уверенности в жизни, своей полезности обществу.

Многозвеньевая система реабилитационного процесса (в том числе на базе реабилитационных центров) охватывала все основные направления жизнедеятельности больных и инвалидов, в том числе их временное трудоустройство на промышленных предприятиях. Функционирование этой системы положительно влияло на быт больных и инвалидов, оказывало необходимую помощь здравпунктам как промышленных и сельскохозяйственных предприятий, так и по месту работы указанных контингентов. Одновременно это обеспечивало непрерывность медико-социальной помощи на всех этапах реабилитационного процесса, а также интегральное (комплексное) проведение медико-социально-трудовой реабилитации больных и инвалидов.

В основе трудоустройства инвалидов лежало заключение ВТЭК, обязательное для выполнения руководством предприятий различных организационно-правовых форм. В результате рационального трудоустройства больных и инвалидов решались вопросы

не только профессиональной реабилитации рассматриваемого контингента населения, но и целенаправленного его использования в народном хозяйстве.

В новых условиях хозяйствования различные аспекты проблемы реабилитации должны разрабатываться на базе специализированных НИИ. При этом весьма актуальным становится поиск новых форм и методов привлечения к труду пенсионеров по возрасту и инвалидов. Решение этой задачи связано не только с привлечением дополнительных трудовых ресурсов, но и с необходимостью стимулирования труда, создания обоснованных рекомендаций для трудовой деятельности этой части населения с учетом характера, типа и условий труда. В таком случае обеспечиваются условия полноценной жизни этих категорий населения.

Система реабилитации, ее методы и цели, безусловно, зависят от возраста реабилитируемых, особенностей течения болезней этого контингента. Поэтому в первую очередь встает проблема поддержания их способности к самообслуживанию или приспособления к жизни в семье, в специализированных учреждениях и интернатах для престарелых.

Таким образом, создание эффективной системы реабилитации возможно лишь на основе системного анализа всех элементов данной проблемы. Для этого требуется диалектический подход к исследованию организма человека, его здоровья и болезней с учетом опосредованной взаимосвязи больного с обществом в целом.

Проблема создания целостной системы медицинской реабилитации требует всестороннего биосоциального и экономического анализа благополучия человека, изучения природы этого благополучия и здоровья человека. Гармоничность отношений здорового и больного человека с социальной средой с учетом экологической обстановки существенно влияет на объективную картину болезни, а в конечном итоге — на выполнение индивидуальной программы реабилитации, выбор того или иного образа жизни человека.

В системе медико-социальной реабилитации существенная роль отводится обществу, в котором индивид существует (имеются в виду его социальные действия и контакты). При этом наиболее значимы производственные отношения, определяющие организационную и экономическую систему реабилитации.

Как здоровье, так и болезнь человека формируется в окружающей его социально-экономической среде, в которой человек адаптируется и приобретает определенный социальный статус в процессе реабилитации. Эти процессы происходят с учетом биологической организации человека. Следовательно, при обсуждении проблемы медицинской реабилитации должны фигурировать такие понятия, как «здоровье и болезнь», «общество», «работоспособность» и т. д. При этом человеческий организм представляет собой саморегулируемую и самоуправляемую подсистему, биологические параметры которой позволяют рассматривать организм как единое целое в процессе нормальной и патологической жизнедеятельности. Одновременно эта характеристика выступает как материальная

предпосылка, влияющая на все проявления человека как личности в конкретных микро- и макросоциальных (экономические) условиях жизни. Экологическая и социальная среда воздействует на биологические параметры человека, психосоциальные потенции его развития по различным каналам — производственным, нравственно-правовым, семейным и т. д.

Поэтому психическое и социальное здоровье человека определяет характер и функции его жизнедеятельности — видовые, индивидуальные, биологические, психические и социальные. Конкретные условия жизни оказывают большое влияние на качественные и количественные показатели здоровья людей, особенности их образа жизни, а также систему ценностей, формируя в конечном счете программу их медико-социальной реабилитации.

Гармония и свобода жизни человека нарушаются болезнью — качественно иной формой его жизнедеятельности. Болезненное состояние по-разному проявляется на биопсихическом, личностном и социальном уровне. Поэтому эффективная система медико-социальной реабилитации должна включать знание не только эволюционного аспекта болезни, но и ее проявлений на отдельных этапах онтогенеза человека как с точки зрения биологического организма, так и с точки зрения его как личности. Врач, принимающий участие в реабилитации больного, должен всесторонне учитывать и биологические характеристики болезни, и личностные особенности конкретного пациента, его реакции, психическое состояние и ряд других факторов. Одновременно оценивается возможное влияние психики на функции организма (ее роли в появлении болезни) и, наоборот, значение патологических изменений в организме для психики больного. Поэтому в процессе лечения и реабилитации пациента психосоциальные факторы играют весьма существенную роль.

Следовательно, каждая болезнь имеет свою социально-психологическую и экономическую надстройку на биологической основе человеческого организма. В сознании пациента представление о болезни может получать как позитивное, так и негативно-эмоционально-интеллектуальное понимание. Это непосредственно отражается на жизненной позиции больного (инвалида), а в конечном счете — на выработке и реализации им программы индивидуальной реабилитации. Индивидуальные проявления болезни, как правило, многогранны. В связи с этим в одних случаях болезнь превращает пациента в беспомощного человека, а в других — искажает его нравственный облик (например, при венерических заболеваниях). На одни и те же болезни пациенты (в зависимости от возрастного-половых признаков, уровня образования и ряда других факторов) реагируют по-разному. Так, одна часть больных может более адекватно реагировать на объективную картину болезни, а другая, наоборот, — недооценивать или преувеличивать тяжесть своего состояния.

Распространенное в настоящее время понятие «практически здоровый человек» означает, что наличие в организме человека

объективных патологических изменений существенно не сказывается на его самочувствии и работоспособности. Однако необходимо учитывать цену, которую платит такой организм за сохранение работоспособности.

Таким образом, качественные и количественные характеристики как здоровья, так и болезни имеют достаточно широкий диапазон, причем различия в степени выраженности здоровья и болезни определяются следующими основными признаками: уровнем жизнеустойчивости организма, шириной его адаптационных (приспособительных) возможностей, биологической активностью органов и систем, их способностью к регенерации и др.

Важным этапом в системе реабилитации является санаторно-курортное лечение, основная цель которого — восстановление здоровья пациента и его скорейшее возвращение к производительному труду. Социально-экономическая эффективность этого вида медицинской реабилитации и рекреации определяется процессами восстановления, сохранения и укрепления здоровья, а также сокращением потребности в больничных койках и предотвращением заболеваемости с временной утратой трудоспособности, существенным повышением производительности труда и т. д.

Санаторно-курортная помощь органически включается в систему поэтапного лечения больных (пенсионеров, инвалидов) с хронической патологией и осуществляется по схеме «поликлиника — стационар — санаторий — поликлиника».

Включение санаторного этапа в общую систему восстановительного лечения наряду с его поликлиническим и стационарным звеньями обусловлено необходимостью улучшения качества организации и повышения эффективности лечебно-профилактической помощи населению. Такой подход в полной мере соответствует принципам преемственности, этапности, непрерывности и комплексности лечения.

В условиях рынка возможности санаторно-курортной практики в повышении эффективности процесса реабилитации существенно возрастают. Однако включение санаторно-курортных учреждений в общую систему профилактики заболеваний и инвалидности осложняется резким повышением стоимости курортного лечения, необходимостью перехода бальнеологической и физиотерапевтической практики на рыночные отношения. Поэтому требуется более тщательно разработать медицинские показания к курортному лечению, обоснованные сроки пребывания пациентов на курорте в зависимости от характера их патологии, степени обострения патологических процессов, возраста и ряда других факторов.

Санаторный этап лечения может осуществляться на базе специализированных учреждений разного типа — местных санаториев, санаториев на курорте, пансионата с лечением и т. д. Отдельные типы курортно-реабилитационных учреждений взаимно дополняют друг друга. Эффективность многопрофильного лечения на российских курортах общеизвестна. Переход к рыночным от-

ношениям, суверенизация республик бывшего СССР привели к распаду единой ранее санаторно-курортной сети учреждений.

Между тем с 1985 по 1990 г. сеть санаториев и физиотерапевтических учреждений значительно возросла наряду с усилением их медико-социальной роли в реабилитации хронически больных и инвалидов, детей и подростков. Ежегодно в этот период эффективное восстановительное лечение получали десятки миллионов человек.

До 1991 г. сеть здравниц в бывшем СССР увеличилась более чем вдвое по сравнению с 1960 г.; хозрасчетных санаториев для взрослых, домов и пансионатов отдыха — на 240 тыс. коек. Стоимость основных фондов здравниц в 1991 г. составляла 3 млрд руб. против 530 млн руб. в 1960 г. Особенно интенсивно развивалась сеть здравниц на Урале, Дальнем Востоке, Сибири и в других регионах. Современные курорты были построены в Алтайском крае — на 3 тыс. мест, Приморском — на 2200 мест, Красноярском — на 1080 мест, а также в Башкирии (ныне Башкортостан) — на 780 мест. Крупные водогрязелечебницы были сооружены в городах Липецке, Перми, Нижнем Тагиле, Чебоксарах, Саранске, Якутске и др.

Однако простым наращиванием числа санаторно-курортных учреждений невозможно было ликвидировать увеличивавшийся разрыв между совокупной сферой санаторного лечения и отдыха граждан, с одной стороны, и медико-социальной потребностью общества — с другой. Традиционно сложившаяся сеть курортно-реабилитационных учреждений не удовлетворяла в полной мере потребности населения и с точки зрения соответствия ее структуре состоянию здоровья граждан.

До настоящего времени в стране преобладала практика снижения единовременных затрат на строительство курортно-реабилитационных учреждений. Такой подход к инвестициям в санаторно-курортную отрасль привел к росту вместимости курортно-реабилитационных учреждений. Так, если не сопоставлять единовременные капитальные вложения в курортно-реабилитационные учреждения, а рассчитывать социально-экономическую эффективность функционирования этих учреждений, то сокращение численности лечащихся и отдыхающих, а также вместимости учреждений дает высокий рекреационно-терапевтический эффект за счет улучшения обслуживания, снижения эмоционального напряжения и интеркуррентных (перекрестных) заболеваний.

Это в полной мере относится и к традиционно сложившейся структуре детской и подростковой курортно-рекреационной сети. На долю детского населения страны в 1991 г. приходилось около 60 % мест в системе курортно-рекреационных учреждений. В структуре детской и подростковой курортно-рекреационной сети преобладают лечебно-рекреационные учреждения, предназначенные для практически здоровых детей, а сеть для ослабленных и больных детей развита крайне недостаточно. В перспективе общая вместимость детских санаторно-лечебных и рекреационных учреж-

дений должна сокращаться как за счет уменьшения численности детей в группах, так и за счет самих этих групп, т. е. должно осуществляться разуплотнение.

Создание более благоприятной среды проживания, лечения и эмоционального состояния обеспечивает сокращение вместимости спальных комнат до 3—4 мест для школьников и до 20 мест — для дошкольников при одновременном увеличении площади на 1 место. При этом должно быть расширено строительство спортивных залов, бассейнов и других спортивно-оздоровительных объектов. В подростковом возрасте санаторно-курортная помощь особенно эффективна при лечении сердечно-сосудистой патологии, гипертонической болезни, ревматизме и др.

В условиях рыночных факторов формирования социальной среды потребность в рекреационно-курортных учреждениях заметно возрастет. При этом необходимы уменьшение их вместимости, улучшение комфортности и повышение удельных показателей использования рабочих площадей, переориентация на санаторное лечение. Это в полной мере касается оптимизации среды проживания в санаторно-курортных учреждениях и непосредственно связано с проектированием спальных комнат, совершенствованием их архитектурно-планировочных решений, созданием необходимых условий для работы персонала, механизацией и автоматизацией наиболее трудоемких процессов санаторно-курортного обслуживания.

В условиях переходного периода к рыночным отношениям особую актуальность приобретает изучение вопросов освоения и охраны природных лечебных ресурсов, а также создание механизма рационального природопользования. Такой механизм базируется на учете системы платежей за пользование природной средой, регламентировании системы арендных правовых отношений, экономическом стимулировании, санкциях за допускаемые экологические нарушения и монопольное владение природными лечебными биоклиматическими ресурсами и т. д. Передача этих ресурсов коммерческим структурам, которые, как правило, малокомпетентны в санаторно-курортной практике, может привести не только к ухудшению количественных и качественных показателей этих ресурсов (минеральных вод, лечебных грязей), но даже к их уничтожению.

Между тем создание компетентной специализированной службы курортов способствует внедрению системы мониторинга в курортной местности, которая особенно важна в условиях ухудшающейся экологической обстановки. Переход на рыночные методы хозяйствования диктует необходимость принятия закона о лечебно-курортной местности и положений о курортах России, которые регламентировали бы использование, охрану природных биоклиматических лечебных ресурсов. С учетом реально складывающихся в стране экономических и экологических условий необходима разработка нормативно-правовой документации по изучению и охране природных лечебных ресурсов.

Необходимо также создание научной базы современной физиотерапии как специализированной отрасли медицины с учетом действия широкого спектра лечебных факторов, различающихся как по своей природе, так и по механизму проявления действия. Это предполагает учет экономических условий функционирования санаторно-курортной службы, особенностей экологической обстановки и разработку на их основе принципов лечения больных с различными формами хронических состояний.

Повышение эффективности физиотерапевтического лечения больных разного профиля непосредственно связано с внедрением в санаторно-курортную практику ряда основополагающих принципов лечения. Основными из них являются единство теории и практики; универсальность лечения; неразрывная взаимосвязь этиотропного, патогенетического и симптоматического подходов; использование небольших дозировок; адекватность физиотерапевтических воздействий; строгая индивидуализация назначений; динамизм лечения и комплексность влияния физиотерапевтических средств; варьирование их параметров и преемственность лечения.

Помимо физиотерапевтических средств, на санаторном этапе реабилитации пациенту назначают лечебно-оздоровительную физкультуру, формы и методы которой определяют, исходя из индивидуальной толерантности к физической нагрузке. Лечебная физкультура рассматривается в процессе реабилитации как обязательный компонент средств повышения двигательного режима пациентов. Тем самым в действие вводятся механизмы специфической и неспецифической адаптации человеческого организма.

Раннее применение санаторно-курортными и лечебно-профилактическими учреждениями физических факторов для реабилитации больных с различными видами патологии обеспечивает профилактику осложнений, более быстрое и эффективное восстановление трудоспособности, снижение проявлений хронизации патологических процессов.

Необходимость расширения масштабов использования немедикаментозных методов, в первую очередь физиотерапевтических как наиболее физиологичных и дающих устойчивый эффект, обусловлена временным и побочным действием лекарственных препаратов. Прежде всего это касается больных инфарктом миокарда, гипертонической болезнью (I—II стадии) и лиц, подвергшихся радиационному воздействию. Физические факторы лечения по отношению к ним намного эффективнее, чем только одно медикаментозное лечение.

Между тем в современных условиях возрастает актуальность решения вопросов воздействия на организм человека так называемых малых доз ионизирующей радиации (в том числе максимальное снижение неблагоприятных последствий аварии на Чернобыльской АЭС в 1986 г.). В связи с этим возможности физиотерапии значительно расширяются. Например, используют лечебный эффект радиомодифицирующего и радиозащитного действия физических факторов для лиц, подвергшихся радиационному воздействию.

Поэтому физиотерапия, оказывая активирующее и мобилизующее воздействие на психосоматическое состояние пациентов, должна занять более значительное место в системе общей и медицинской реабилитации, в том числе в программах санаторно-курортного лечения. Такой комплексный подход к проблемам реабилитации позволяет существенно снизить первичный выход на инвалидность больных различного нозологического профиля. Разработка механизма реабилитации больных с разными формами патологии обеспечивает необходимую комплексность и эффективность этого процесса в условиях перехода к рыночным отношениям в том случае, если функционирование механизма реабилитации осуществляется по следующей схеме: физическая медицина — физиотерапия — курортное лечение — реабилитация.

Необходимы обобщение и анализ данных, накопленных в области курортологии и физиотерапии, с точки зрения повышения экономической эффективности этой составляющей реабилитационного процесса. Особенно важен такой анализ в условиях перехода санаторно-курортной службы к рынку. Рационализация процесса физической реабилитации хронически больных, детей и пенсионеров, а также санаторно-курортной службы в целом способна дать существенный экономический и социальный эффект.

Решение финансовых вопросов приобретает особую актуальность, так как субъекты рыночных отношений должны самостоятельно изыскивать дополнительные источники финансирования своей хозяйственной деятельности. Достижение экономического эффекта обеспечивает прибыль, являющуюся одним из источников внутреннего финансирования деятельности санаторно-курортной службы. В качестве внешних источников финансирования санаторно-курортной службы могут привлекаться банковские кредиты, а также средства предприятий, заинтересованных в санаторно-курортном лечении своих работников.

Наряду с созданием общих методологических принципов деятельности санаторно-курортной службы такой подход предполагает детальную проработку финансово-экономических основ ее функционирования. Для этого требуется объединение усилий специалистов-теоретиков и практиков различных профессий — клиницистов, экономистов, социологов, правоведов и т. д. Кроме того, необходимы разработка бизнес-плана с детальным экономическим обоснованием функционирования санаторно-курортной службы, а также экономический анализ санаторно-курортной помощи как одной из составных частей общего процесса профилактики, лечения и реабилитации больных и инвалидов.

ОРГАНИЗАЦИОННО-УПРАВЛЕНЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Глава 3

РЫНОЧНЫЙ МЕХАНИЗМ РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

3.1. Новые организационно-правовые формы в здравоохранении России

Переход к рыночным отношениям предполагает использование преимущественно экономических методов управления. Применительно к здравоохранению это означает коренное изменение системы управления отраслью, а также радикальное реформирование процессов ее планирования и финансирования. Кроме того, переход на экономические методы управления способствует интенсификации лечебно-диагностического процесса, повышению его качества, совершенствованию организационно-структурных форм деятельности, обеспечению более тесной связи между оказываемыми медицинскими услугами и запросами пациентов.

Вместе с тем механическое перенесение методов управления, практического опыта хозяйствования из сферы материального производства в сферу лечебно-профилактической деятельности может привести к негативным для отрасли социальным последствиям. Кроме того, недостаток ресурсов, ограниченные возможности конкуренции различных форм собственности, трудности контроля качества медицинских услуг для их непосредственных потребителей (пациентов) и ряд других факторов сдерживают развитие рыночных отношений в здравоохранении.

В этих условиях намечается и усиливается негативная тенденция увеличения объема оказываемых услуг в ущерб их качеству, использования апробированных способов лечения и диагностики в тех случаях, когда они не дают положительного терапевтического эффекта. В конечном счете стратегические социально-медицинские интересы общества, с одной стороны, и хозрасчетные интересы отрасли (ее отдельных объектов) — с другой, могут не совпадать. Из-за перепрофилирования деятельности некоторых крупных лечебных учреждений может усиливаться разрыв между трудовым вкладом отдельных работников в общие результаты труда и размером его оплаты. Абсолютизация хозяйственного расчета в здравоохранении чревата отходом от основного профиля деятельности ЛПУ.

Переход объектов здравоохранения на рыночные условия работы сопровождается развитием новых организационно-правовых структур, определяемых типом финансовых взаимоотношений этих объектов и государства. Такими структурами в настоящее время являются учреждения, финансируемые из бюджета; учреждения, финансируемые из бюджета, но использующие в своей деятельности элементы хозяйственного расчета (бюджетный хозрасчет); хозрасчетные и кооперативные структуры, работающие в условиях самофинансирования; учреждения, функционирующие на принципах страховой медицины и, наконец, институт индивидуальной трудовой деятельности (кабинеты частнопрактикующих специалистов и семейных врачей).

Каждая из перечисленных выше форм характеризуется своим типом экономических отношений, причем в процессе перехода от бюджетного финансирования к групповой (частной) практике каждая из указанных выше организационно-правовых структур способна аккумулировать в себе экономические отношения других, предшествующих ей форм. Внутри каждой структуры можно выделить преимущественный тип экономических отношений, который в наибольшей мере в ней развит.

Так, например, учреждения здравоохранения, функционирующие на принципах страховой медицины, частично могут получать средства в рамках целевого бюджетного финансирования комплексных программ развития различных отраслей медицинских знаний, апробации и внедрения их в практическую деятельность. В этом случае лечение пациентов оплачивается в основном из государственного (республиканского) бюджета согласно установленным нормам (в расчете на 1 пациента или 1 жителя региона). Сверх этих норм оказываемые лечебно-профилактические услуги частично возмещаются предприятиями (организациями, учреждениями) из собственных фондов для работающих и социальными органами (фондами) — для неработающих. Кроме того, определенная часть бесплатных услуг здравоохранения переводится в разряд платных.

В рамках бюджетного финансирования медицинскую помощь населению оказывают поликлиники, больницы, клиники, медицинские НИИ, МСЧ и другие лечебные учреждения. При проектировании этих структурных единиц за основу принимают численность жителей региона с учетом данных о заболеваемости населения. Бюджетное финансирование осуществляется, исходя из штатного расписания учреждения здравоохранения с учетом существующих норм и нормативов на лечение и питание пациентов. При этом принимается во внимание сложившаяся система окладов, надбавок и доплат медицинскому персоналу.

Эффективность нормативов бюджетного финансирования, выполняющих функции цен за предоставляемые услуги, во многом зависит от системы учета конечных результатов. Однако численность пациентов (жителей) зоны, обслуживаемой объектом здравоохранения, не отражает еще эти результаты полностью. Кстати,

в сфере производства материальных благ аналогом этого показателя является численность потребителей продукции предприятия. Поэтому фактически система бюджетного финансирования ориентирована на показатели обслуживаемых контингентов. Такой подход в большей мере соответствует традиционному порядку сметного финансирования.

Финансирование технического перевооружения и реконструкции учреждений МТК в условиях бюджетного финансирования осуществляется целевым порядком. При этом необходимое оборудование и аппаратуру закупают централизованно на основе заявок ЛПУ. Очевидно, в этом случае их оснащенность зависит в первую очередь от субъективных факторов, авторитета руководителя учреждения (его «деловых» связей). При бюджетном финансировании средства, выделяемые на восстановление основных фондов ЛПУ, должны быть израсходованы в течение года. В противном случае они подлежат изъятию в бюджет.

Между тем другие виды финансирования в отличие от бюджетного допускают определенное маневрирование при использовании денежных средств. В частности, трудовой коллектив имеет право увеличивать нормативы затрат на питание, медикаменты и социальное страхование. Может устанавливаться также предельная величина норматива средств, направляемых на оплату труда (до 60 %). Остаток денежных средств трудовые коллективы вправе направлять на создание фондов научно-технического и социального развития ЛПУ. Таким образом, возможно накопление финансовых средств для осуществления крупномасштабных мероприятий по техническому перевооружению и реконструкции лечебного учреждения, улучшению условий труда персонала и удовлетворению социальных потребностей работающих.

До недавнего времени хозрасчетные отношения распространялись только на специализированные поликлиники преимущественно стоматологического и косметологического профиля. Однако эффективное функционирование этих структур сдерживалось отсутствием действенного механизма, обеспечивающего регулирование уровня оплаты труда работников в зависимости от количества и качества выполняемой ими работы. Использование в деятельности бюджетных ЛПУ элементов хозяйственного расчета повышает заинтересованность персонала в результатах своего труда. При этом централизованным порядком устанавливаются нормы затрат на 1 жителя, а также существующие нормативы затрат на 1 пролеченного больного (или на 1 курс лечения). Эти нормы и нормативы выполняют функцию показателей, на основе которых формируются планы ЛПУ и составляются отчеты об их деятельности.

Нормативы могут разрабатываться различными методами. Так, в межотраслевом научно-техническом комплексе (МНТК) «Микрохирургия глаза» в основе разработки нормативов лежит смета затрат. Средние расходы на лечение (в расчете на 1 больного) дифференцируют в зависимости от категории сложности заболе-

вания и объема затрат труда. При этом объектом калькуляции выступает оперативное вмешательство с последующим курсом до-лечения. В таких нормативах отражается структура деятельности, сложившаяся в том или ином конкретном лечебном учреждении. К сожалению, практическое применение таких нормативов негативно отражается на использовании дорогостоящей техники и технологии из-за возможного снижения экономии денежных средств, направляемых в фонды стимулирования развития объектов отрасли.

Другие способы расчета нормативов основаны на калькуляции затрат по каждой нозологической единице (вид медицинских услуг). Разработка и практическое внедрение нормативов требуют наличия достаточных статистических данных за ряд лет с максимально подробной информацией о потреблении ресурсов на лечение каждого отдельного заболевания. При этом средняя величина затрат может быть определена лишь при наличии представительной статистики за ряд лет, хранящейся в банке данных ЛПУ.

Переход к бюджетному финансированию с элементами хозяйственного расчета ослабляет вертикальные связи в системе управления отраслью, причем это происходит не только на уровне основных и параклинических подразделений, но и в рамках ЛПУ в целом. Такое положение характерно для МНТК «Микрохирургия глаза», Института сердечно-сосудистой хирургии им. акад. А. Л. Бакулева и других организаций.

Для периода становления «бюджетного хозрасчета» характерно создание принципиально новых организационных форм: научно-медицинских центров, межотраслевых научно-технических комплексов, лечебных медицинских учреждений и ряда других структур. Одновременно в республиках, входящих в состав Российской Федерации, а также в краях и областях появляются ТМО. Кроме того, изменяется статус ведомственных лечебных учреждений. Однако, несмотря на меняющийся характер взаимодействия органов управления с ЛПУ, организацию новых служб и звеньев в системе медицинского обслуживания, внедрение хозрасчетных элементов в экономический механизм регулирования отрасли, по-прежнему преобладают административно-командные методы управления.

Поиск новых форм и методов хозяйствования в условиях рыночной экономики, привлечение дополнительных источников финансирования невозможны без соответствующего анализа и разработки более совершенных нормативов для оценки эффективности деятельности ЛПУ. Неприятие рыночных отношений в сфере медицинского обслуживания в начале экономической реформы, проводимой в стране, сменяется ныне иллюзиями и ожиданиями скорейшего эффекта от внедрения основных принципов рыночной экономики. Между тем рыночной экономике, как, впрочем, и плановой, присущ ряд существенных недостатков.

Так, потребности в медицинских услугах далеко не всегда находят свое выражение в платежеспособном спросе их потребите-

лей. Да и высокий уровень развития рыночных отношений не гарантирует еще сам по себе должного удовлетворения потребностей пациентов в диагностике и лечении. Углубление рыночного начала может привести к отрицательным последствиям для всего комплекса социально-культурных отраслей. Такой критерий, как прибыль (с особенностями учета ее затрат и результатов лечебно-профилактической деятельности), неприемлем для оценки достижения задач лечебно-диагностического процесса. Поэтому необходимо предусмотреть особые условия хозяйствования для существования и эффективного выживания субъектов, деятельность которых ориентирована не столько на рыночную конъюнктуру, сколько на удовлетворение жизненных потребностей общества.

В последние годы успешно развиваются ТМО как одна из прогрессивных организационных форм здравоохранения. Они выгодно отличаются от других, уже существующих организационных структур. ТМО позволяют наблюдать за психофизиологическим состоянием здорового и больного контингента населения в динамике, эффективно проводить комплексные лечебно-оздоровительные мероприятия. В рамках ТМО более успешно решаются также финансовые и кадровые проблемы, задачи материально-технического обеспечения объектов отрасли. Более эффективное решение социально-экономических функций обеспечивает тесное взаимодействие ТМО с местными органами власти и департамента управления здравоохранением. Во-первых, они достаточно легко интегрируются в единую систему управления отраслью; во-вторых, руководители ЛПУ (входящих в ТМО) наделены более широкими правами, что способствует повышению рациональности использования ресурсов и проведению единой кадровой политики в рамках этих объединений; в-третьих, обеспечивается минимум учебно-отчетной документации, сокращаются затраты на управление (в том числе на содержание управленческого персонала).

В качестве структурных единиц в ТМО могут входить амбулаторно-поликлинические учреждения и стационары, специализированные медицинские центры, МНТК, производственно-торговые объединения «Медтехника» и «Фармация», специализированные ремонтно-строительные организации, санитарно-эпидемиологическая служба и др.

3.2. Концепция разгосударствления и приватизации объектов здравоохранения

В настоящее время перед российским здравоохранением стоят две важнейшие взаимосвязанные между собой экономические проблемы: недостаточное ресурсное обеспечение отрасли и низкая эффективность использования имеющихся ресурсов. Поэтому ориентация в этих условиях только на государственное здравоохранение не может обеспечить эффективное функционирование отрасли.

Одним из направлений изменения сложившейся в здравоохранении ситуации должно стать развитие его многоукладности и рынка медицинских услуг, форм и видов лечебно-профилактической помощи. Правильность такого направления подтверждается опытом промышленно развитых стран, свидетельствующим об эффективности функционирования МТК в условиях рыночной экономики.

Одним из практических шагов в обеспечении многоукладности отечественного здравоохранения является разгосударствление и приватизация объектов МТК.

Разгосударствление собственности предполагает снятие с государства функций прямого управления и передачу соответствующих полномочий предприятиям, т. е. в системе управления вертикальные (субординационные) связи заменяются горизонтальными (координационными), причем эта замена может происходить и без смены собственника. Приватизация подразумевает смену собственника посредством передачи или продажи на различных уровнях государственной собственности экономическим субъектам, которые в дальнейшем будут использовать ее в хозяйственной деятельности, неся полную имущественную ответственность за ее результаты. Перемена формы собственности не означает еще обязательного изменения места разгосударственного предприятия (учреждения, организации) в системе оказания пациенту бесплатной квалифицированной помощи.

Сущность и процедура процесса приватизации определены Законом РФ «О приватизации государственных и муниципальных предприятий в РСФСР» (от 17.07.91 г.), Постановлением Верховного Совета РФ «О разграничении государственной собственности в РФ на федеральную собственность, государственную собственность республик в составе РФ, краев, областей, автономных областей и округов, городов Москвы и С.-Петербурга и муниципальную собственность» (от 27.12.91 г.), а также Государственной программой приватизации государственных и муниципальных предприятий в РФ, Указом Президента РФ «Об ускорении приватизации государственных и муниципальных предприятий» (от 29.01.92 г.) и рядом других законодательных актов.

Приватизация объектов здравоохранения предусматривает приобретение их в частную собственность гражданами, акционерными обществами, товариществами у государства и местных органов власти.

С социально-экономической точки зрения, учитывая особую роль медицинских учреждений в регулировании уровня и качества жизни населения, очевидно, всеобщая их приватизация недопустима. В результате изменения формы собственности объектов здравоохранения за ними сохраняется возможность участия в выполнении государственных программ охраны здоровья в рамках системы обязательного медицинского страхования.

Таким образом, большая часть учреждений здравоохранения должна оставаться в государственной (федеральной или муници-

пальной) собственности. В первую очередь это касается региональной сети учреждений (особенно уникальных для данной территории), которые предназначены для обеспечения населения квалифицированной медицинской помощью. Это положение распространяется также на учреждения скорой и неотложной медицинской помощи, крупные областные больницы, клиники и диагностические центры с высоким уровнем развития материально-технической базы.

Государственной программой приватизации государственных и муниципальных предприятий определен перечень медицинских учреждений, приватизация которых в настоящее время запрещается или осуществляется с соблюдением определенных условий. Например, запрещена приватизация учреждений санитарно-эпидемиологической службы, организаций и учреждений социальной защиты населения, госпиталей и санаториев для инвалидов, детей и престарелых. Это же распространяется на организации и учреждения, проводящие профилактику и лечение психических, психоневрологических, инфекционных, онкологических, наркологических и кожно-венерических заболеваний, а также лечение больных СПИДом и инфицированных ВИЧ.

По решению Правительства РФ (правительств республик в составе РФ) возможна приватизация объектов, предприятий и учреждений здравоохранения независимо от их ведомственной подчиненности. Однако они должны находиться в федеральной, государственной собственности республик в составе РФ (кроме объектов, находящихся на балансе предприятий и организаций), а также объектов и учреждений санаторно-курортного типа.

Приватизации аптек должно предшествовать лицензирование их деятельности. Приватизация учреждений аптечной сети, а также объектов, предприятий и учреждений здравоохранения, кроме указанных выше и содержащихся на балансе предприятий и организаций, допускается только в соответствии с местными программами приватизации.

Приватизацию в России организует Госкомимущество РФ. В республиках, краях, областях и городах с населением более 1 млн человек вопросы приватизации курируют территориальные агентства. Кроме того, в регионах страны создаются комитеты по управлению имуществом.

Госкомимущество РФ принимает решение о приватизации предприятий, находящихся в федеральной собственности, а Комитеты по управлению имуществом — о приватизации предприятий, находящихся в собственности регионов.

Продавцом приватизируемого имущества выступает фонд имущества (федеральный, республиканский, краевой, областной, городской и т. д.). В обязанности продавца входит публикация объявлений о приватизации государственного или муниципального учреждения; предъявление по требованию покупателя активов приватизируемого объекта и документов о его финансово-хозяйственном состоянии; оформление сделки; передача предприятия или учреждения (имущества, пая, акций) и т. д.

В соответствии с действующим в России законодательством покупателями являются физические или юридические лица. В качестве покупателей не могут выступать юридические лица, в уставном капитале которых доля государства, местных органов власти, общественных организаций (или их объединений), благотворительных и иных общественных фондов превышает 25 %.

Члены трудового коллектива приватизируемого объекта могут быть покупателями в том случае, если они пользуются льготами, установленными Законом РФ «О приватизации государственных и муниципальных предприятий в РСФСР» и Государственной программой приватизации. Для выкупа предприятия (учреждения) члены трудового коллектива могут образовывать акционерное общество открытого типа либо товарищество.

Покупатель государственного или муниципального объекта становится правопреемником его имущественных прав и обязанностей в соответствии с условиями заключенного договора и действующим законодательством РФ.

Существующие методы и формы приватизации объектов здравоохранения предусматривают:

- создание рыночной ориентации в этой социальной сфере;
- обеспечение прав коллективов ЛПУ и граждан на участие в приватизации;
- развитие свободного предпринимательства и частной собственности наряду с государственной системой здравоохранения в целях более полного удовлетворения потребности населения в медицинской, санитарно-профилактической и фармацевтической помощи.

Главными целями приватизации объектов здравоохранения являются:

- повышение эффективности деятельности объектов отрасли и качества медицинского обслуживания населения;
- социальная защита граждан и развитие объектов социальной инфраструктуры за счет средств, поступающих от приватизации;
- создание конкуренции и содействие демополизации в здравоохранении;
- привлечение иностранных инвестиций в сферу охраны здоровья граждан.

Законодательство РФ предусматривает различные формы приватизации: аукцион, конкурс, приобретение доли в капитале, аренду.

Аукцион представляет собой приобретение в частную собственность объекта приватизации, если не требуется от покупателя выполнения каких-либо условий по отношению к этому объекту. Право собственности передается тому покупателю, который предложил максимальную цену.

Конкурс предполагает приобретение в частную собственность объекта приватизации. Приватизация на конкурсной основе используется в том случае, если от покупателя требуется выполне-

ние определенных условий по отношению к этому объекту. Право собственности передается тому покупателю, который предложил максимальную цену.

Приобретение доли в капитале означает покупку акций предприятия (муниципального или государственного) после его преобразования в акционерное общество открытого типа. В этом случае учредителем может быть только комитет по управлению имуществом или территориальное агентство Государственного комитета РФ по управлению государственным имуществом.

Аренда предусматривает заключение договора между собственником имущества и трудовым коллективом. Этот договор устанавливает срок аренды, регламентирует процесс экономических взаимоотношений между арендодателем и трудовым коллективом. Важным элементом договора является величина арендной платы, которая определяется по годам на весь срок аренды в стоимостном выражении. За рубежом весьма эффективной формой аренды является лизинг, предполагающий последующий выкуп имущества, взятого в аренду, по остаточной стоимости.

В России существует несколько вариантов приватизации государственных и муниципальных предприятий.

По *первому варианту приватизации* 25 % акций безвозмездно передаются в собственность трудового коллектива, а до 10 % продаются членам трудового коллектива по подписке со скидкой 30 % от номинальной стоимости акций. До 5 % акций продаются должностным лицам администрации предприятия по номинальной стоимости. При этом общая сумма стоимости обыкновенных акций, приобретаемых членами трудового коллектива, составляет 100 %, а величина первоначального взноса — 15 % уставного капитала. Первый вариант приватизации предполагает продажу на аукционах и конкурсах мелких предприятий с численностью работающих менее 200 человек и балансовой стоимостью по состоянию на 1 января 1992 г. не более 1 млн руб.

При *втором варианте приватизации* членам трудового коллектива предприятий продают до 51 % обыкновенных (голосующих) акций. Первоначальный взнос членов трудового коллектива в уставной фонд приватизированного предприятия должен составлять 30 %. Этот вариант приватизации осуществляется путем преобразования предприятия в акционерное общество открытого типа для предприятий со среднесписочной численностью работающих более 1000 человек или балансовой стоимостью основных фондов по состоянию на 1.01.92 г. более 50 млн руб.

Согласно *третьему варианту приватизации* 20 % уставного капитала передается в виде права на приобретение привилегированных (голосующих) акций, принадлежащих соответствующим фондам имущества, а 20 % продается членам трудового коллектива в виде обыкновенных акций со скидкой 30 % от их номинальной стоимости. При этом величина первоначального взноса составляет 15 % от величины уставного капитала. Приватизацию по третьему варианту проводят любым из установленных способов для всех остальных предприятий.

Действующие нормативные акты регулируют такие основные этапы процесса приватизации, как оформление и подача заявки на приватизацию, порядок работы приватизационной комиссии, оценка приватизируемого имущества, организация различных способов проведения приватизации.

Инициатива приватизации объектов здравоохранения может исходить от местных органов управления отраслью, руководства или трудового коллектива медицинского учреждения. Заявку на приватизацию в утвержденной форме подают в районный или городской комитет по управлению имуществом или территориальное агентство Госкомимущества РФ по месту нахождения объекта здравоохранения. Заявка юридического лица должна быть подписана руководителем и заверена печатью. Обязательными приложениями к заявке являются нотариально заверенные копии свидетельства регистрации и учредительные документы заявителя. Заявка трудового коллектива приватизируемого объекта прилагается к рассмотрению только в том случае, если решение о его приватизации принимает на общем собрании трудового коллектива не менее чем половина его членов. Это предусматривается с момента принятия решения трудовым коллективом о подаче заявки на приватизацию либо с момента подачи заявки другим физическим или юридическим лицом вплоть до появления у покупателя права собственности.

В целях защиты интересов работников приватизируемого объекта запрещается без согласия соответствующего комитета по управлению имуществом:

- осуществлять реорганизацию, ликвидацию и изменение структуры учреждения (организации);

- изменять и прекращать действие заключенных ранее договоров аренды;

- изменять штатное расписание учреждения (сокращать численность его работников) без согласия трудового коллектива.

Комитет, регистрирующий заявки, обязан в двухнедельный срок принять решение о приватизации объекта. В случаях, оговоренных законом, заявителю может быть отказано в приватизации либо заявка должна быть передана в тот комитет, который уполномочен решить вопрос о приватизации. Затем разрабатывается план приватизации объекта здравоохранения, в котором определены начальная его цена и величина уставного капитала (в случае преобразования в акционерное общество), а также способ приватизации и формы платежа.

После утверждения плана приватизации соответствующим комитетом ЛПУ включается в план-график конкурсов, аукционов, акционирования. При этом начальную цену приватизируемого учреждения (организации) и величину уставного капитала (при преобразовании ЛПУ в акционерное общество) устанавливает комиссия по приватизации, исходя из результатов инвентаризации и оценки имущества. В состав оцениваемого имущества включают

основные средства и вложения, запасы и затраты, денежные средства и прочие финансовые активы.

Для определения начальной цены объекта здравоохранения (при его продаже по конкурсу или на аукционе, а также при установлении величины уставного капитала акционерного общества) из стоимости имущества этого объекта исключают следующие статьи пассива баланса:

- средства остатков фондов экономического стимулирования и прибыли, направляемые на создание приватизационного фонда учреждения (организации);

- кратко-, средне- и долгосрочные кредиты; не погашенные в срок ссуды, а также кратко- и долгосрочные заемные средства;

- расчеты с кредиторами и прочие пассивы баланса в части заемных и временно привлеченных средств.

Кроме того, из расчетов исключают стоимость имущества, для которого действующим законодательством установлен особый порядок приватизации, а также стоимость объектов социально-культурного и социально-бытового назначения. В отношении последних комитет по управлению имуществом принимает решение об их сохранении в государственной или муниципальной собственности.

Для определения величины уставного капитала акционерного общества из стоимости имущества предприятия (определенного указанным выше способом) дополнительно исключают статьи пассива баланса в части резерва предстоящих расходов и платежей, собственных источников финансирования капитальных вложений и доходов будущих периодов.

Комиссия по приватизации составляет акты оценки стоимости имущества, в которых отражают результаты инвентаризации и итоговой оценки. К акту оценки стоимости имущества ЛПУ прилагается перечень тех объектов, для которых определен особый порядок приватизации действующим законодательством, и тех, которые находятся на балансе ЛПУ объектов социально-культурного и социально-бытового назначения.

К акту оценки стоимости имущества учреждения здравоохранения обязательно прилагаются передаточный бухгалтерский баланс и документы, отражающие результаты инвентаризации. Решение о выборе способа приватизации и формы платежа принимают Госкомимущество РФ, его территориальные агентства или соответствующий комитет по управлению имуществом.

Выбирая способ приватизации, комиссия исходит из принципа соблюдения социальной защиты населения, оказания ему квалифицированной лечебно-профилактической и медико-реабилитационной помощи. При этом учитывают также социальные последствия приватизации для проживающего на данной территории населения и интересы работников приватизируемого объекта здравоохранения.

В основе выбора способа приватизации объектов отрасли должны лежать рекомендации территориальных органов здравоохране-

ния, составленные на основе тщательного изучения и анализа деятельности (инфраструктуры) медицинских учреждений данного региона. При выборе способа приватизации необходимо знать также мнение трудового коллектива, предложения покупателей, поданные в соответствующий комитет вместе с заявкой.

Приватизация государственных и муниципальных предприятий через аукцион предполагает проведение 2 типов аукционов: открытого и закрытого. На открытом аукционе предприятия или его активы продаются непосредственно через процедуру открытых торгов, которую организует аукционист. Такой тип аукционов целесообразен лишь при продаже активов ликвидируемых предприятий с численностью работающих до 200 человек (т. е. малые предприятия).

Более крупные предприятия, пакеты акций акционерных обществ открытого типа должны продаваться путем закрытых аукционов. В этом случае предусматривается закрытая форма подачи предложений потенциальными покупателями приватизируемого объекта. Процесс подачи заявок на аукцион должен сопровождаться предоставлением со стороны продавца потенциальным покупателям максимально полной информации о продаваемом объекте и возможностей предварительного непосредственного ознакомления с ним лицами, которые захотят участвовать в аукционе.

Если государственные и муниципальные объекты приватизируются по конкурсу, то при выявлении победителя учитывают единственный критерий — цену покупки объекта. При этом победитель конкурса обязан выполнить 4 условия:

- сохранить обязательство по производству конкретных видов услуг, продукции и товаров, обеспечить профиль работы учреждения (предприятия) сроком до 1 года;

- сохранить сложившуюся на момент покупки численность занятых и их социальные гарантии на срок до 1 года;

- соблюсти обязательство по объемам инвестиций в купленный объект в течение первого года с момента его покупки;

- сохранить в течение первого года достигнутый уровень инвестирования в объекты социальной сферы, находящиеся на балансе предприятия.

Ввиду того что на аукционе и конкурсе преимущество имеет тот, кто предлагает максимальную цену, возникает опасность перехода объектов здравоохранения в руки коммерческих структур, а в дальнейшем и их перепрофилирования. Поэтому аукционы и конкурсы едва ли допустимы для приватизации таких объектов. Приведенные выше формы приватизации возможны лишь в отношении тех учреждений (организаций), которые, во-первых, не обеспечены достаточным объемом работы, а, во-вторых, потребность в их услугах не будет возрастать в ближайшие 5—7 лет.

В условиях перехода отрасли к рыночным отношениям необходимо сохранение приоритетных функций государства в охране здоровья граждан. Поэтому в сложившихся условиях наиболее эффективной формой приватизации объектов здравоохранения

становится их акционирование и приобретение государством определенной доли в капитале. Владея контрольным пакетом акций, государство выполняет регулирующие функции и обеспечивает социальную защиту населения.

Объекты здравоохранения в форме продажи акций акционерных обществ или приобретения доли в капитале приватизируются после преобразования приватизируемого объекта в акционерное общество открытого типа. Решение о таком преобразовании предприятия (учреждения, организации) принимается соответствующим комитетом по управлению имуществом или территориальным агентством Госкомимущества РФ. Учредителем акционерного общества может выступать только комитет по управлению имуществом, обеспечивающий в дальнейшем также регистрацию акционерного общества.

С момента регистрации акционерное общество выходит из подчинения вышестоящего территориального органа управления. При этом имущество объекта здравоохранения, составляющее уставной капитал, передается на баланс акционерного общества. Кроме того, Комитетом по управлению имуществом на баланс акционерного общества по договору передаются также объекты, для которых определен особый порядок приватизации действующим законодательством; социально-культурного и социально-бытового назначения, а также другие объекты, являющиеся государственной или муниципальной собственностью.

Уставной капитал акционерного общества в момент его образования состоит из обыкновенных простых и привилегированных акций одинаковой номинальной стоимости. Акция дает возможность ее владельцу получать дивиденды, т. е. доход, выплачиваемый из прибыли акционерного общества по итогам хозяйственной деятельности после уплаты налогов.

Размер дивиденда по простым акциям заранее не оговаривается, а устанавливается на основании решения общего собрания акционеров. Держатели простых акций имеют право голоса при решении всех вопросов, связанных с хозяйственной деятельностью акционерного общества и его управлением.

Владельцам привилегированных акций размер дивиденда гарантируется заранее. Однако они не имеют права голоса при решении хозяйственных, управленческих и других вопросов.

Комитет по управлению имуществом передает права учредителя и пакет акций акционерного общества в соответствующий фонд имущества, который осуществляет полномочие собственника на общих собраниях акционеров и несет полную ответственность за деятельность акционерного общества. Контрольный пакет акций может быть закреплен также за государством. В этом случае фонд имущества привлекает для управления акционерным обществом, разработки механизма дальнейшей приватизации данного объекта здравоохранения на договорных началах представителей органов управления здравоохранением и должностных лиц администрации соответствующих объектов.

В течение одного месяца после регистрации акционерного общества трудовой коллектив должен принять решение о единовременном распределении безвозмездно передаваемых привилегированных акций между работниками объекта здравоохранения. Это же распространяется и на лиц, вышедших на пенсию с данного учреждения (организации), а также лиц, имеющих право вернуться на прежнее место работы в соответствии с законодательством. При этом составляется поименный список лиц с указанием количества привилегированных акций, передаваемых каждому работнику. Акции, принадлежащие фонду, продают в установленном порядке.

Предпочтительной формой приватизации объектов здравоохранения является приобретение доли в капитале и аренда. В качестве одного из способов приватизации аренда приемлема и к учреждениям здравоохранения (их подразделениям). В этом случае приватизация может происходить различными способами. Так, если в договоре об аренде закреплено право выкупа основных фондов арендным коллективом, то выкуп осуществляется в следующем порядке:

- согласно договору об аренде, заключенному до вступления в силу Закона «О приватизации государственных и муниципальных предприятий в РСФСР»;

- преобразованием государственного (муниципального) ЛПУ в акционерное общество открытого типа с правом первоочередного приобретения арендаторами акций, принадлежащих государству и местным органам власти.

Возможна также безвозмездная передача ЛПУ в собственность трудового коллектива. Однако в этом случае должна быть тщательно рассчитана экономическая целесообразность подобного решения. На практике безвозмездная передача учреждений здравоохранения в собственность трудовых коллективов экономически целесообразна применительно лишь к небольшим (в первую очередь амбулаторно-поликлиническим) учреждениям с низким уровнем развития материально-технической базы (высокая степень изношенности основных фондов, устаревшее оборудование и аппаратура).

Одной из главных задач комиссии по приватизации является определение форм платежа за приватизируемый объект здравоохранения. Законодательство, регламентирующее процесс приватизации, предусматривает следующие формы платежа:

- оплата стоимости приобретаемых предприятий (учреждения, организации) или долей (права, акции) в капитале акционерных обществ и товариществ — единовременно или в рассрочку;

- выкуп имущества государственного или муниципального предприятия (учреждения, организации) в соответствии с арендным договором — оплата в рассрочку. При этом арендная плата за пользование имуществом не может быть засчитана в качестве платы за приобретение имущества в собственность.

Форма платежа устанавливается в договоре между продавцом и покупателем.

В соответствии с действующим законодательством, если объект здравоохранения приватизируется за счет остатков фондов экономического стимулирования и прибыли, могут создаваться приватизационные фонды с открытием личных лицевых счетов приватизации работников. При этом средства, зачисленные на такие счета, не подлежат налогообложению.

В приватизационный фонд не могут направляться прибыль, полученная от реализации основных фондов объекта здравоохранения, и амортизационные отчисления.

Право собственности в отношении средств на личном лицевом счете работника учреждения здравоохранения может переходить к другим лицам в порядке наследования и дарения. Средства личных лицевых счетов могут быть использованы работниками только на приобретение объектов государственной или муниципальной собственности в процессе приватизации.

Деятельность приватизированных объектов здравоохранения (объем и качество клиничко-диагностических обследований и лечебных мероприятий) контролируют органы исполнительной власти и органы управления здравоохранением местных администраций (страховые медицинские организации).

Приватизационные комиссии совместно с общественными организациями и представителями населения в каждом регионе должны вносить рекомендации о возможности приватизации объектов отрасли с учетом социальных последствий для качества оказываемых медицинских услуг.

Можно ожидать, что создание конкурентной среды в результате разгосударствления и приватизации (наряду с действием принципов медицинского страхования) будет способствовать повышению эффективности функционирования ЛПУ, рациональному использованию имеющихся ресурсов (финансовые, материальные, трудовые). Развитие конкурентных рыночных отношений в условиях медицинского страхования обусловит повышение качества услуг в государственных учреждениях здравоохранения.

Однако приватизация объектов отрасли наряду с положительными моментами характеризуется и отрицательными последствиями, тем более что до сих пор не создана даже комплексная научная медико-экономическая экспертиза концепции разгосударствления и приватизации объектов здравоохранения. Такая экспертиза должна представлять целостную систему прогнозов медико-социальных последствий этих процессов. Прогнозы должны характеризовать состояние здоровья граждан как общества в целом, так и каждой социальной группы и отдельно взятого человека.

3.3. Развитие муниципального здравоохранения

Развитие муниципального здравоохранения предполагает формирование сбалансированной инфраструктуры, на базе которой

могут быть эффективно реализованы комплексные программы по охране здоровья населения.

В настоящее время создана социально-правовая основа организации системы муниципального здравоохранения. В частности, действующее в России законодательство предусматривает возможность функционирования муниципальной системы охраны здоровья как в рамках структуры медицинского страхования, так и вне его.

В соответствии с Законом РФ «О предприятиях и предпринимательской деятельности» организация муниципального здравоохранения и городской аптечной сети возможна в различных организационно-правовых формах на базе существующих форм собственности — государственной, кооперативной, акционерной, индивидуально-коллективной и т. д.

ЛПУ могут финансироваться как из федерального, так и муниципального бюджета. Решение о финансировании принимают соответственно федеральное Правительство и глава администрации города.

Согласно разработанной программе развития муниципального здравоохранения Москвы архитектурно-планировочное управление города проектирует строительство зданий частных и акционерных клиник.

В соответствии с программой приватизации часть больниц, поликлиник и аптек, составлявших ранее государственную собственность, подлежит разгосударствлению. При этом они становятся юридическими лицами, т. е. самостоятельными хозяйственными субъектами, и приобретают новую организационно-правовую форму — статус муниципальных предприятий.

При разработке учредительных документов муниципальных медицинских предприятий в их уставе предусматривают не только медико-социальную, но и другие виды деятельности, не запрещенные действующим законодательством. Так, в качестве уставной деятельности могут выступать разработка и реализация «ноу-хау» в области медицины, транспортно-экспедиционные услуги, брокерские и дилерские операции на товарных и фондовых биржах, производство товаров (услуг) и т. д.

Достаточно широкий уровень диверсификации, заложенный в основу деятельности муниципальных предприятий, позволяет, например, больницам открывать на хозрасчетной основе буфеты для дополнительного питания пациентов, бытовые мастерские по ремонту одежды и обуви для лиц, проходящих курс стационарного лечения, развивать платные услуги немедицинского характера, обеспечивая пациентов газетами, журналами, книгами.

Расширяя свою экономическую самостоятельность, муниципальные медицинские учреждения стремятся повысить эффективность хозяйственной деятельности. За счет рационального использования имеющейся площади они получают возможность развернуть производство товаров (изделий) медико-санитарного назначения в подсобных помещениях.

Одним из важных аспектов концепции развития муниципального здравоохранения должна стать разработка системы его финансирования. В условиях рыночных отношений число источников финансирования муниципального здравоохранения значительно расширяется прежде всего за счет развития системы медицинского страхования.

В частности, в соответствии с Законом «О медицинском страховании граждан в РСФСР» предусматривается формирование децентрализованных региональных фондов финансовых средств для оплаты услуг. Действующее законодательство предполагает льготное налогообложение части прибыли, направляемой предприятиями на добровольное медицинское страхование работников, членов их семей и лиц, вышедших на пенсию с этих предприятий.

Медицинское страхование граждан предусматривает использование договоров о возвратной форме их страхования. В этом случае страховые компании имеют возможность возвращать предприятию или гражданам, внесшим страховой взнос, часть или полную сумму средств (уплаченных страховой компанией) по истечении срока договора о медицинском страховании.

При рациональном расходовании страховой медицинской организацией финансовых средств (вложение их в коммерческие банки, биржи, посреднические конторы и т. д.) сумма возвратных платежей может быть не намного меньше первоначального взноса страхования, а иногда даже равна ей. Следовательно, крупные предприятия заинтересованы в направлении значительной части прибыли на страхование работников в рамках договоров о добровольном страховании со страховыми медицинскими организациями.

Согласно условиям договора о страховании предприятие имеет возможность по истечении срока договора о медицинском страховании вернуть (частично или полностью) средства, затраченные на страхование. Кроме того, предприятие в интересах трудового коллектива может эффективно при необходимости проводить плановые оздоровительно-профилактические мероприятия на базе лечебных учреждений разных регионов. Для этого через страховую медицинскую компанию выбирают то медицинское учреждение, которое располагает передовыми технологиями лечения, современным медицинским оборудованием, комфортными условиями обслуживания пациентов.

Согласно статье 1 действующего Закона «О медицинском страховании граждан в РСФСР» местная администрация и государственные органы территориального управления определяют и формируют размеры фондов здравоохранения, используемые для финансирования развития материально-технической базы ЛПУ, оказания медицинской помощи в зонах стихийных бедствий и катастроф, а также при массовых инфекционных заболеваниях. Из этих фондов финансируются также целевые программы охраны здоровья населения различных регионов. Финансовым источником фондов здравоохранения могут служить и спонсорские благотворительные взносы, являющиеся весьма существенным стимулом для развития рыночных отношений.

В качестве субъектов медицинского страхования могут выступать граждане, коллективные страхователи — предприятия, учреждения, организации любой формы собственности; страховщики — страховые медицинские организации.

Медицинским страхованием граждан могут заниматься ЛПУ любых форм собственности, располагающие лицензией и прошедшие аккредитацию. В страховой деятельности могут участвовать также физические лица на основе выданных им патентов и имеющие соответствующий договор со страховыми организациями.

Отношения между объектами медицинского страхования по существу экономические и регулируются типовыми договорами. При этом ЛПУ, занимающиеся медицинским страхованием, имеют право оказывать услуги и вне рамок медицинского страхования.

Субъекты медицинского страхования включаются в систему экономических отношений либо непосредственно, либо опосредованно. Предприятия, предприниматели и работники, являясь субъектами хозяйственной деятельности, участвуют в медицинском страховании непосредственно. Часть населения России — дети, временно нетрудоспособные или неработающие граждане, инвалиды и пенсионеры — участвуют в медицинском страховании опосредованно через страховые медицинские организации, которые представляют их интересы.

На всех субъектов медицинского страхования, т. е. участников рыночных отношений, распространяется действующее законодательство Российской Федерации. Механизм экономических взаимоотношений субъектов этого вида страхования регулируется законом, положениями и нормативными актами:

- о собственности в РСФСР, предприятиях и предпринимательской деятельности, банках и банковской деятельности;
- о приватизации государственных и муниципальных предприятий, именных и приватизационных счетах и вкладах;
- о местном самоуправлении, налогообложении предприятий и доходов граждан;
- о выпуске и обращении ценных бумаг, фондовых биржах, акционерных обществах и т. д.

Система действующих в России законов, регулирующих экономическую деятельность субъектов медицинского страхования, определяет их экономические возможности, права и ответственность. Эти законы распространяются на медицинские учреждения, страхователей, страховщиков, органы государственной власти на различных уровнях управления. Экономические возможности местной администрации и местных органов власти различного регионального уровня определены Законом «О местном самоуправлении в РСФСР».

Согласно Закону «О медицинском страховании граждан в РСФСР» местная администрация имеет право регулировать размеры фонда здравоохранения и быть его распорядителем, утверждать территориальные программы медицинского страхования. Разрабатываемые программы следует ориентировать на расширение объе-

ма оказываемых лечебно-профилактических услуг в рамках обязательного медицинского страхования граждан.

Фонды здравоохранения, создавая достаточный резерв финансовых средств, позволяют местным органам власти компенсировать расходы при возникновении массовых инфекционных заболеваний, катастроф и стихийных бедствий. Согласно действующему законодательству не израсходованные в истекшем году средства указанных фондов не подлежат изъятию и не учитываются при утверждении ассигнований из бюджета на очередной год. Неиспользованные остатки фонда здравоохранения могут направляться на развитие индивидуально-коллективных форм собственности.

Государство воздействует на развитие системы медицинского страхования различными путями: во-первых, изменяя величину базовой ставки обязательного страхового взноса и, во-вторых, освобождая от налогов доходы ЛПУ при выполнении ими программы обязательного медицинского страхования.

Государственные органы управления могут использовать фонды здравоохранения различных регионов для выравнивания условий оказания лечебно-профилактической помощи населению в рамках обязательного медицинского страхования. Государственному страхованию подлежат социально незащищенные слои населения (дети, учащиеся, пенсионеры, инвалиды) путем дотации программ обязательного медицинского страхования из местных бюджетов. Местные административные органы могут выступать в качестве уредителей вновь организуемых государственных страховых медицинских компаний и муниципальных ЛПУ. В этом случае органы управления получают возможность административно и экономически контролировать расход государственных средств в рамках программ обязательного медицинского страхования граждан.

Согласно действующему Закону «О местном самоуправлении в РСФСР» местная администрация несет ответственность за разработку комплексных программ по укреплению здоровья и профилактике заболеваний среди населения, оздоровлению окружающей среды и условий жизнедеятельности людей. Администрация отдельных регионов вправе принимать решения о выкупе и размещении местного облигационного займа, а полученные средства направлять на проведение мероприятий по медицинскому страхованию граждан.

Законодательные акты, принятые в России, регламентируют ответственность предприятий при страховании своих работников и выполнении программ обязательного и добровольного медицинского страхования. Законодательно определен лишь минимум средств, направляемых предприятием на эти цели. В то же время максимум базового взноса по обязательному медицинскому страхованию не ограничен.

В экономически развитых странах сложилась достаточно эффективная система медицинского страхования. Средняя величина базового страхового взноса на программы обязательного медицин-

ского страхования в ряде европейских стран (Германия, Дания, Норвегия) составляет 8—10 % от фонда оплаты труда работников предприятия. Статья 9 Закона «О медицинском страховании граждан в РСФСР» предусматривает уменьшение размера страховых взносов страхователя по обязательному медицинскому страхованию при условии стабилизации уровня заболеваемости работников предприятия (или его снижения в течение последних 3 лет). Кроме того, размер прибыли предприятий, направляемой на реализацию программы добровольного медицинского страхования работников, членов их семей, а также лиц, вышедших на пенсию с этих предприятий, не ограничивается.

Страхователями по программам добровольного медицинского страхования могут выступать также сами граждане. Масштабы распространения этого вида страхования зависят как от уровня дохода различных групп населения, правовой политики государства, так и от действий местной администрации в сфере налогообложения личных доходов граждан.

Учитывая рост доходов определенной части населения и динамику развития процессов предпринимательства и приватизации, можно предвидеть появление социальных групп населения, которые смогут вкладывать средства в охрану и восстановление собственного здоровья.

Закон «О медицинском страховании граждан в РСФСР» определяет страховую медицинскую организацию как юридическое лицо независимо от его организационно-правовой формы и как самостоятельный субъект хозяйственной деятельности. Органы управления здравоохранением и ЛПУ (любой формы собственности) не могут выступать учредителями страховых медицинских организаций, так как последние по существу являются финансовым институтом, аккумулирующим денежные средства. Из полученных финансовых ресурсов страховые медицинские организации формируют фонды медицинского страхования, перераспределяя их в дальнейшем соответственно задачам страхования граждан. В качестве финансового института, ориентированного на получение прибыли, страховая медицинская организация осуществляет инвестиционную деятельность, являясь участником рынка капитала.

Правовая форма страховой медицинской организации различна. Согласно Закону «О предприятиях и предпринимательской деятельности» она может быть государственным и муниципальным предприятием, товариществом с ограниченной ответственностью (акционерное общество закрытого типа); смешанным и полным товариществом; индивидуальным частным предприятием; акционерным обществом открытого типа; объединением предприятий.

Государственная страховая медицинская компания возникает вследствие необходимости выполнения федеральных программ обязательного медицинского страхования. В рамках этих программ могут финансироваться мероприятия по борьбе с особо опасными заболеваниями, эпидемиями и т. д. Финансовые средства компаний могут быть направлены на претворение в жизнь

крупных целевых федеральных программ по охране здоровья людей на производстве, борьбе с социальными заболеваниями (СПИДом, венерическими болезнями, туберкулезом и т. д.) в масштабах всей Российской Федерации. Подобные компании эффективно действуют при осуществлении крупных региональных программ. Учредителями государственных страховых медицинских компаний могут выступать местные органы власти.

Получила развитие сеть страховых медицинских организаций в форме товариществ с ограниченной ответственностью (акционерные общества закрытого типа). Постановление РФ от 23.01.92 г. «Общее положение о страховых медицинских организациях» определяет минимальный уставной фонд страховой медицинской компании в размере 100 тыс. руб. Дальнейшее развитие страховой деятельности вынуждает страховые медицинские организации изыскивать дополнительные пути привлечения финансовых инвестиций.

Опыт работы страховых медицинских организаций свидетельствует о перспективности развития такой организационно-правовой формы, как акционерное общество открытого типа, так как население России более восприимчиво к системе медицинского страхования с непосредственным участием в качестве акционера страховой медицинской компании.

Акции акционерного общества открытого типа могут свободно покупаться и продаваться на рынке ценных бумаг без согласия других акционеров. Это обеспечивает более широкое участие граждан в выполнении программ медицинского страхования. Акционерные общества вправе выпускать облигационные займы. Участие местных органов власти в качестве учредителей в акционерном обществе открытого типа предоставляет дополнительную возможность в размещении займов в масштабах региона, что существенно увеличивает размер инвестиций в реализацию программ медицинского страхования граждан.

Закон «О медицинском страховании граждан в РСФСР» предполагает различные формы собственности ЛПУ в системе медицинского страхования. Для вхождения в эту систему ЛПУ должны пройти лицензирование и аккредитацию, в ходе которых органам управления здравоохранением городского и районного уровня предстоит определить соответствие этих учреждений установленным стандартам качества предоставляемых услуг. Государственное разрешение выдают учреждениям здравоохранения на определенные виды деятельности (оказание услуг) в рамках программ обязательного и добровольного медицинского страхования.

Страховые медицинские организации заинтересованы в соблюдении учреждениями здравоохранения профессиональных стандартов качества диагностических исследований и лечебных мероприятий. Одновременно должны обеспечиваться санитарные нормы, комфортность содержания больных, материально-техническая оснащенность ЛПУ, профессиональная подготовленность медицинского персонала и ряд других факторов.

С переходом на принципы медицинского страхования появляется зависимость финансовых ресурсов ЛПУ от объема и качества оказываемых ими услуг. По мере становления новых организационно-правовых форм медицинской деятельности может нарастать конкуренция среди ЛПУ. Поначалу состояние зданий и сооружений многих из них не соответствует санитарно-техническим нормам; доля прогрессивного технологического оборудования и аппаратуры у большинства ЛПУ невелика. Однако стремление получить заказы на оказание услуг по программам обязательного и добровольного медицинского страхования заставляет трудовые коллективы привлекать дополнительные денежные средства (в том числе вне рамок этих программ за счет предоставления платных услуг), включая средства, полученные от коммерческих банков, участия в деятельности бирж и т. д.

Согласно статье 24 Закона «О медицинском страховании граждан в РСФСР» тарифы на лечебные услуги определяются соглашением между страховыми организациями, с одной стороны, а также местными органами власти и профессиональными медицинскими организациями — с другой. Тарифы должны обеспечить рентабельность ЛПУ, организацию питания пациентов в стационарах и снабжение эффективными лекарственными препаратами. Кроме того, в тарифы должен быть заложен необходимый процент средств на амортизацию оборудования и ремонт, совершенствование материально-технической базы. Страховые медицинские компании, как известно, формируют страховой фонд обязательного медицинского страхования за счет страховых взносов предприятий. Поэтому при завышении тарифов на производство медицинских услуг предприятия начнут увеличивать себестоимость продукции пропорционально росту тарифов на их получение.

Занижение этих тарифов приведет к нерентабельности объектов здравоохранения, невосполнимому износу зданий и сооружений, устареванию медицинского оборудования и как следствие к снижению уровня и качества медицинской помощи, оказываемой населению. Функционируя в рамках медицинского страхования, ЛПУ призваны защищать права пациентов. Поэтому страховая медицинская организация вправе потребовать от юридических и физических лиц (ЛПУ, медицинского персонала) возмещения убытков при оказании услуг невысокого качества или причинения физического либо морального ущерба больному. Это существенно улучшит систему контроля за качеством производимых услуг, так как контроль будет осуществляться высокопрофессиональным институтом независимой экспертизы.

3.4. Маркетинг медицинских услуг и лекарственных средств

Маркетинг в здравоохранении охватывает совокупность организационно-экономических функций, связанных с реализацией комплекса оздоровительно-профилактических, санитарных и ле-

чебных услуг, лекарственных средств, изделий медико-терапевтического и реабилитационного назначения.

Американская медицинская ассоциация определяет маркетинг как «Комплексный процесс планирования, экономического обоснования и управления производством услуг здравоохранения, ценовой политикой в области лечебно-профилактического процесса, продвижением услуг (товаров медицинского назначения) к потребителям, а также процессом их реализации». Как видим, в маркетинге сливаются в единый технологический процесс все элементы лечебно-профилактической деятельности. Такое слияние обеспечивается за счет целостности и целевой ориентации лечебно-профилактической деятельности и фармацевтической помощи.

В условиях рыночной концепции управления методология маркетинга ориентирована на удовлетворение потребностей граждан в услугах отрасли, лекарственных средствах и товарах. Поэтому маркетинг как бы формирует «образ мышления» в управлении данной социальной сферой.

Цели маркетинга — обеспечение рентабельности производства медицинских услуг и лекарственных средств, достижение экономической эффективности от их реализации за приемлемое время в пределах имеющихся производственных возможностей. Тем самым по результатам маркетинговых исследований прогнозируется изменение рыночной ситуации в сфере медицинского и фармацевтического обслуживания, анализируются тенденции изменения структуры платежеспособного спроса на лечебно-профилактические услуги и медикаменты, определяются пути достижения требуемого их качества и т. д.

Возможность реализации услуг и лекарственных средств в здравоохранении зависит от действия целого комплекса факторов, формирующих цены на услуги, лекарственные препараты и товары, а также от соотношения спроса и предложения на амбулаторное и больничное обслуживание. Динамика спроса и предложения в свою очередь определяется соответствием производственных мощностей отрасли реальным и платежеспособным потребностям населения в лечебно-профилактических услугах, медицинских товарах и лекарственных средствах, а также организационными формами вложения капитала в эту сферу хозяйства. В то же время условия реализации услуг, товаров и лекарственных средств в здравоохранении во многом зависят от эффективности использования ресурсов МТК.

Для здравоохранения как отрасли, производящей нематериальные блага, сфера обслуживания с точки зрения повышения эффективности использования ресурсов играет не меньшую роль, чем для отраслей материального производства. В сфере обращения происходит соизмерение индивидуальных издержек хозрасчетного ЛПУ, страховой медицинской организации или фармацевтического предприятия с платежеспособным спросом населения. Поэтому рост эффективности общественного производства невозможен без детального исследования сферы реализации услуг (товаров). Это

положение в равной мере справедливо и для сферы материального производства, и для отраслей производства нематериальных благ и услуг.

Как известно, сущность рыночных отношений состоит в свободном обмене производимых товаров и услуг на деньги. В здравоохранении имеет место реализация услуг, лекарственных средств, медицинского оборудования, а также рабочей силы, выступающей в качестве товара на рынке труда. При этом субъектами рыночных отношений на рынке медицинских и фармацевтических услуг, с одной стороны, выступают лечебно-профилактические и аптечные учреждения, страховые медицинские организации и т. д. (являющиеся собственниками услуг, товаров и изделий), а с другой — их потребители — пациенты, химико-фармацевтические предприятия и др.

Регулятором спроса и предложения является цена — важнейший элемент рыночного механизма реализации производимых услуг, предметов санитарии, ухода за больными. Рынок медицинских услуг, лекарственных средств и реабилитационно-терапевтических изделий, являясь органической частью общей рыночной системы и развиваясь по ее законам, существует достаточно автономно, взаимодействуя через окружающую среду с другими составляющими рыночной системы. В результате взаимодействия элементов рынка происходит соотнесение спроса и предложения, устанавливается равновесная цена на медико-санитарное и фармацевтическое обслуживание.

Получаемая в результате маркетинговых исследований информация используется для эффективного управления рынком. В качестве одного из этапов маркетинга такие исследования представляют собой самостоятельную сферу деятельности, осуществляемую либо службами маркетинга страховой медицинской организации или фармацевтического акционерного общества, либо специальными маркетинговыми фирмами, обслуживающими рынок медицинских услуг и лекарственных средств на коммерческой основе. В здравоохранении маркетинговые исследования выступают своеобразным сплавом медицины, экономики, фармации, социологии, санитарной статистики, психологии, социальной гигиены. Цель этих исследований — изучение потребности общества в медико-санитарных и фармацевтических услугах, а также способах удовлетворения этих потребностей.

В настоящее время рынок лечебно-профилактических услуг, медикаментов и товаров достаточно динамичен за счет появления на нем объектов здравоохранения и фармации различных организационно-правовых форм. Поэтому деятельность хозрасчетных структур, некоммерческих медицинских учреждений, страховых медицинских и фармацевтических организаций, а также других субъектов рыночной деятельности в условиях неопределенности рынка связана с некоторым риском. Маркетинговые исследования предназначены для того, чтобы снизить степень риска до минимума.

Основные этапы маркетингового исследования в здравоохранении и фармации включают в себя анализ потребностей соответствующего рынка и прогнозирование его развития, повышение качества услуг и препаратов медицинского назначения, рекламное воздействие на потребителя, использование комплексных методов формирования спроса на услуги и товары.

Среди разновидностей маркетинга выделяют различные варианты. Например, при конверсионном варианте негативный спрос трансформируется в положительный. Отсутствие спроса на медицинские услуги или лекарственные средства (изделия реабилитационно-терапевтического профиля) может быть связано с неудачным выходом на рынок. В связи с этим встает задача формирования научно обоснованного спроса и стимулирования процессов реализации услуг и медикаментов, устраняющих негативные тенденции спроса.

Стимулирующий маркетинг используется при различном отношении потенциальных пользователей к предлагаемым услугам, медицинским препаратам. При этом анализируются причины индифферентности покупателей: низкое качество, неудовлетворительные условия оказания услуг, непривлекательная упаковка лекарственных средств и т. д. В этом случае необходима разработка программы стимулирования спроса, например посредством доступных видов рекламы.

Потенциальный спрос на услуги и товары преобразуется в реальный с помощью развивающегося маркетинга. В первую очередь это относится к новым видам услуг и лекарственных средств. Так, акционерное общество «Медстрах» ввело страховые услуги на случай инфицирования вирусом СПИДа.

Ремаркетингом восстанавливается уровень некогда значительного спроса. Для этого ведется поиск эффективных возможностей оживления спроса на медицинские услуги и лекарственные средства за счет придания им свойств «рыночной новизны». В качестве примера ремаркетинга может служить деятельность зарубежных страховых компаний на отечественном рынке.

В случаях, когда необходимо стимулировать колеблющийся спрос, применяется **синхромаркетинг**. К этому виду маркетинга обращаются при пользовании оздоровительно-рекреационными услугами так называемого сезонного потребителя (циклические конъюнктурные спады).

Чтобы активизировать желательные потребности и ослабить неблагоприятные, следует лучше изучать характер потребностей пользователей, создавать противодействие колебания спроса. Неравномерность нагрузки можно устранить, перераспределив услуги, лекарственные средства и медицинскую технику, пользующиеся максимальным спросом, между различными страховыми медицинскими организациями, аптечными учреждениями и производителями реабилитационно-терапевтических изделий.

Для стабилизации спроса служит **поддерживающий маркетинг**. Если спрос на медицинские услуги соответствует запланированно-

му, то конкуренты стремятся сократить его или изменить таким образом, чтобы услуги предложить на своих условиях, удовлетворяющих аналогичные потребности в них. Для противодействия этому совершенствуется ценовая политика и активизируется рекламная работа, повышается сервисный уровень услуг.

Чрезмерный спрос на услуги и лекарственные средства предполагает его понижение путем демаркетинга. Это необходимо в тех случаях, когда страховая медицинская организация или амбулаторно-поликлиническое учреждение не в состоянии (или не желает) удовлетворить реально существующий спрос. Неудовлетворенный спрос, как известно, отталкивает клиентуру. Смысл демаркетинга в этом случае сводится к повышению цены, частичному свертыванию рекламной работы.

Противодействующий маркетинг эффективен при иррационально складывающемся спросе или необходимости прекращения выпуска и даже изъятия какого-либо вида медицинских услуг или групп медикаментов.

Переход к рыночным отношениям сопровождается изменением психологических стереотипов людей, их отношения к бесплатности лечебно-профилактических услуг, лекарственных средств, товаров медицинского назначения. Определенный отпечаток на характер потребления продукции здравоохранения накладывают инфляционные процессы. В связи с этим цель маркетинговых исследований и их концептуальная задача состоит в получении и анализе объективной информации, разработке прогнозов развития рынка лечебно-профилактических услуг (медикаментов, изделий), оптимизации стратегии оказания медико-санитарной помощи, решении проблем создания рынка новых видов услуг, товаров и лекарственных средств для более полного удовлетворения спроса на них.

В зарубежном здравоохранении маркетинговые исследования имеют систематический характер и ориентированы на отслеживание постоянно меняющегося спроса и потребностей населения на продукцию МТК. Концепция маркетинга и цели медицинского обслуживания совпадают в том, что их задачей является удовлетворение потребности пациентов в этой продукции в заданном объеме и номенклатуре. Извлекаемые при этом экономические результаты служат основой оплаты труда работников отрасли.

В реальной рыночной ситуации спрос на медицинские услуги и лекарственные средства может превышать предложение. В этом случае цены на медицинском рынке будут диктоваться производителями (ЛПУ, страховые медицинские организации, оздоровительно-спортивные центры, химико-фармацевтические предприятия и т. д.). Однако предложение медицинских услуг и лекарственных средств может превышать спрос на них или же предложение и спрос могут находиться в состоянии равновесия. В этой ситуации условия реализации продукции здравоохранения, в том числе и цены на них, диктует потребитель. Следовательно, потребность в тех или иных лечебно-профилактических услугах и медикаментах

определяется соотношением между спросом и предложением на них. Поэтому одна из важнейших задач маркетинговых исследований — выявление реальных потребностей в медико-санитарных и фармацевтических услугах, а также прогнозирование мотивационных характеристик потенциального потребителя (клиента страховой медицинской организации).

Маркетинговые исследования включают в себя ряд этапов:

- сбор маркетинговой информации, ее обработка, анализ и обобщение;

- моделирование, прогнозирование и оптимизация тенденции изменения рынка услуг, медикаментов и товаров;

- оценка и анализ конъюнктуры рынка здравоохранительного комплекса в целом;

- разработка и обоснование сегментации рынка¹ потребителей (пациентов) услуг, лекарственных препаратов, изделий медицинского назначения;

- оценка и анализ рыночных возможностей хозрасчетных медицинских и аптечных учреждений (страховые медицинские организации), других производителей услуг и товаров;

- определение емкости медицинского рынка и прогноз спроса на услуги;

- контроль выполнения маркетинговых мероприятий и анализ их эффективности.

Система планирования развития лечебных и санитарно-профилактических услуг, расширения рынка лекарственных средств и медицинской техники включает стратегическое и текущее (оперативное) планирование маркетинговых действий. Целью стратегического планирования является эффективное использование имеющихся ресурсов, текущего планирования — разработка решений на ближайший период времени.

За счет взаимодействия финансово-технологических элементов системы маркетинга обеспечивается интеграция маркетинговых исследований в единый процесс и создаются условия для более полного удовлетворения запросов потребителей. В конечном счете это обеспечивает получение значительного социального и экономического эффекта.

Любой процесс производства лечебно-профилактических услуг (медикаменты, товары) на рынке здравоохранения находит свое отражение в системе качественных и количественных показателей их обеспечения, численности и социально-демографического состава пациентов (клиентов), их мотивационных характеристик, объемов реализации. Таким образом, медицинский рынок обладает соответствующим информационным полем со своими цифровыми отражением, которое поддается изучению, измерению и оценке.

Непрерывный процесс изучения рынка медико-социальных ус-

¹ Сегментация рынка означает определение круга потенциальных потребителей данных видов услуг и товаров.

дуг и лекарственных средств представляет собой мониторинг¹, позволяющий оперативно реагировать на постоянные изменения различных факторов.

В современных условиях экономическая деятельность объектов здравоохранения должна быть гибкой и оперативно реагировать на конъюнктуру рынка. Это обеспечивается за счет организационно-управленческой, исследовательской и программно-контрольной функций маркетинга. Достижение высокой эффективности функциональной деятельности объектов здравоохранения требует разработки целевых программ, осуществления постоянного контроля за качеством услуг, эффективностью лекарственных средств, изделий медицинского назначения и т. д.

Профилизация лечебных и санитарно-профилактических услуг основана на выделении структурных составляющих диагностикотерапевтического процесса, формировании рациональной ценовой политики, учете требований налогообложения, использовании медицинской технологии высокого уровня, оценке конкурентоспособности оказываемых услуг и выпускаемых лекарственных средств.

Решение адаптационных задач, связанных с постоянно меняющимися условиями рынка, с привлечением данных маркетинговых исследований, позволяет успешнее развивать эффективный спрос на медицинские услуги, фармацевтические изделия и товары.

В условиях конкурентного рынка граждане экономически заинтересованы в сохранении собственного здоровья, а предприятия — в наличии здоровой рабочей силы. В то же время для повышения эффективности здравоохранения в целом необходимы рациональное использование имеющихся ресурсов, организация оказания высококачественных услуг. Таким образом создаются объективные условия для внедрения экономических методов в практику деятельности лечебно-профилактических и оздоровительно-реабилитационных учреждений, стимулирования их деловой активности, ресурсосбережения в отрасли, процессов разгосударствления и приватизации объектов здравоохранения и фармации. В конечном итоге это активизирует конкурентные отношения в данной социальной сфере и приводит к повышению качества оказываемых услуг, производимых лекарственных средств и изделий медицинского назначения.

Организация маркетинговых исследований подчиняется определенным правилам и проводится по специально отработанным методикам, включающим наблюдение, изучение документов (в том числе статистических данных, проведение опросов и др.). Полученную информацию анализируют и обрабатывают методами санитарно-демографической (биометрическая) статистики. Социально-гигиенические и экономические исследования спроса на товары и услуги МТК базируются на матричной и функциональной системах или их комбинации.

¹ Мониторинг — систематическое сопоставление действительного положения фирмы (организации) с желаемым.

Матричная система включает в себя следующие основные аспекты:

- географический, при котором исследование ограничивается одним регионом или выявленные различия между отдельными регионами используются для уточнения степени их влияния на спрос медицинских услуг, фармацевтических средств, изделий, товаров;

- потребительский, при котором исследуются особенности спроса какой-либо определенной социальной группы клиентов (пациентов) или различия между их группами;

- ассортиментный, изучающий специфику спроса и предложения различных лечебно-оздоровительных услуг, медикаментов и других товаров.

Функциональная система маркетинговых исследований направлена на изучение определенного вида лечебно-диагностической (рекреационно-оздоровительной), фармацевтической деятельности и ее информационного обеспечения. При этом обосновываются эффективность медико-санитарного (фармацевтического) обслуживания, производство и реализация терапевтической аппаратуры, обучение и переподготовка врачебных кадров и т. д.

Маркетинг предполагает создание организованной системы коммуникации для обмена информацией с потребителями (клиентами) медицинских услуг и лекарственных средств, посредниками, агентами, банковскими и кредитными учреждениями, государственными и другими структурами. Например, потребитель услуг (пациент), получая информацию о характере и объеме оказываемых услуг или предлагаемых лекарственных средств, предоставляет маркетинговой службе сведения о своих потребностях. Аналогичным образом организуется служба информации о конкурентах на рынке медицинских и фармацевтических услуг.

В процессе выполнения маркетинговых исследований оценивают конъюнктуру рынка, устанавливают соотношение между спросом и предложением на медицинскую и фармацевтическую помощь. При анализе маркетинговой среды выявляют доминирующие факторы, влияющие на конъюнктуру рынка. Одновременно выбирают методы воздействия на эти факторы с целью управления спросом и предложением услуг, медикаментов, товаров.

При исследованиях в области маркетинга различают микро- и макросреду. Микросреда (контактная аудитория) представляет собой совокупность факторов, с помощью которых можно управлять маркетингом того или иного объекта здравоохранения, аптечного учреждения. Субъектами микросреды являются кредитно-банковские структуры, потребители медицинских, санитарно-профилактических услуг, лекарственных средств и т. д. Макросреда включает совокупность факторов, которыми сложно управлять, хотя объекты здравоохранения могут адаптироваться к действию этих факторов (например, экологических) в различной степени.

Используемая в процесса маркетинговых исследований информация достаточно неоднородна и подразделяется на внутреннюю и внешнюю, первичную и вторичную, открытую и закрытую.

Важное место в системе маркетинга занимает информация, получаемая при анализе отчетности объектов здравоохранения и позволяющая решать ряд важных задач их развития, разрабатывать стратегию и план их деятельности, наметить программу действий, проводить сегментирование рынка медицинских услуг, вырабатывать ценовую и конкурентную стратегию.

Конъюнктурный анализ рынка медицинских услуг, товаров и лекарственных средств предполагает расчет коэффициентов эластичности, построение многофакторных уравнений регрессии и т. д. Определяется также емкость этого рынка: объем услуг и лекарственных средств (товаров), в которых нуждаются потребители (пациенты).

В рыночных условиях актуальной проблемой является определение диверсификации услуг и медикаментов (оборудования), обновление и расширение их ассортимента. Для правильного выбора уровня диверсификации объектом здравоохранения или фармацевтическим предприятием используются различные стратегии маркетинга: концентрическая, горизонтальная, конгломератная и др. Выбор оптимального уровня диверсификации зависит от пропускной способности этих объектов путем расчетов и анализа их производственной мощности.

Кроме лечебно-диагностического процесса, здравоохранительная деятельность предусматривает развитие МТК, а также санитарно-гигиенических (противоэпидемических) процессов. При этом в качестве субъектов рынка, с одной стороны, выступают предприятия и организации, производящие медицинскую технику, фармацевтические изделия и другие товары, а с другой — ЛПУ. Санитарно-гигиеническое (противоэпидемическое) направление развития МТК должно обуславливать оздоровление экологической обстановки.

В условиях усиливающейся экологической агрессии непродуманная эксплуатация природных ресурсов, предпринимательская деятельность в ряде областей является одной из основных причин снижения качества жизни, ухудшения состояния здоровья общества. Поэтому встает задача изучения рынка средств борьбы с загрязнением окружающей среды, разработки и внедрения альтернативных способов производства (включая упаковку товаров) без нанесения экологического и гигиенического вреда. В этом случае в поле зрения маркетологов находятся проблемы рационализации использования и воспроизводства природных ресурсов. В современных условиях потребителя интересует лишь экологически чистая продукция.

В связи с этим практическое значение приобретает разработка эффективных форм государственного контроля и регулирования, а также экологически и валеологически приемлемых решений.

Известно, что сталелитейные компании и коммунальные службы, автомобилестроительные и нефтепромышленные концерны и т. д. тратят миллиарды на приобретение экологически чистых, но дорогостоящих сортов топлива. Однако огромные затраты на

природоохранные мероприятия в конечном итоге перекладываются фирмами на конечных потребителей своей продукции. Тем не менее в принимаемых решениях удастся выявить с помощью маркетинговых исследований не только текущие запросы потребителей, но и их долгосрочные интересы.

Учет накопленного мирового опыта практически важен тем, что экологическая и валеологическая ситуация на территории бывшего СССР намного серьезнее в сравнении не только с экономически развитыми странами, но и странами третьего мира.

Сложившаяся экологическая ситуация служит своеобразным стимулом к формированию рынка экологических услуг, начиная от создания рынка природоохранной техники и заканчивая введением квот на загрязнение окружающей среды.

В настоящее время экономически выгодно иметь экологически «чистое лицо». Поэтому маркетологи должны тщательно следить за тем, чтобы деятельность фирмы наносила минимальный ущерб среде обитания и здоровью человека. В промышленно развитых странах такая деятельность осуществляется через институт «Паблик рилейшнз»¹.

В этих условиях появилась социально-политическая концепция так называемой валеологической экономики. Согласно этой концепции функции государства по непосредственному регулированию валеоохранной деятельности должны быть максимально расширены. В основу валеополитики должны быть положены прежде всего критерии оценки вредности экологических загрязнений для здоровья граждан, разрабатываемые на основе методов, обеспечивающих:

- осуществление природоохранных мер непосредственно государством;
- экономическое стимулирование государством природоохранной деятельности частного сектора;
- нормативное регулирование и штрафные санкции;
- создание системы нормативно-рыночных инструментов, побуждающих природопользователей учитывать экономическую целесообразность охраны здоровья людей.

Центральное место среди инструментов прямого воздействия на природоохранную деятельность занимают не только экологические нормативы, подразделяемые на стандарты и нормы, предусматривающие конечную социальную цель по охране здоровья граждан, но и текущие (промежуточные) нормативы, используемые в качестве инструментов оперативного управления качеством окружающей среды.

Действующие нормативы более эффективны в части регулирования поведения предприятий в природоохранных вопросах, чем

¹ «Паблик рилейшнз» — процесс формирования благоприятного общественного мнения о фирме, товаре, услуге и т. д. Мероприятия «Паблик рилейшнз» направлены главным образом не на пропаганду потребительских свойств товаров, а на разъяснение положительного значения данного товара для общества, потребителя.

возбуждаемые иски за причиняемый ими вред. Сравнительно новым инструментом косвенного экологического регулирования можно считать специально созданную систему купли-продажи прав (разрешений) на загрязнение воздуха.

Маркетинг ориентирован на продвижение медицинских услуг, товаров и лекарственных средств на рынке. Для успешной их реализации необходимо создание своей фирменной рыночной марки, что является одной из задач маркетинга.

За рубежом во всех сферах экономики, в том числе и в здравоохранении, широкое распространение получила система франчайзинга, представляющая систему долгосрочного сотрудничества двух или нескольких партнеров. Целью их объединения является совместное использование товарного знака (фирменная марка), принадлежащего одному из партнеров. Франчайзинговые компании занимаются рекламой, маркетингом, консультированием, сервисным обслуживанием и т. д.

«Вырастить» свой товарный знак — дело достаточно сложное, дорогостоящее и длительное. Поэтому многие фирмы предпочитают войти в систему франчайзинга, дающую им возможность выступать под маркой, имеющей для потребителя несомненную ценность, так как она служит для него гарантией высокого качества. Для продавца, использующего известный товарный знак, это служит гарантией высоких прибылей. Участник франчайзинговой компании не тратит огромные средства на изучение рынка, обучение специалистов, рекламу своего товара и товарного знака, получая сразу все экономические преимущества от его использования.

В отечественном здравоохранении в сфере реализации медицинских услуг и лекарственных средств система франчайзинга может найти достаточно широкое распространение.

При проведении маркетинговых исследований первичными являются не преимущества предоставляемых медицинских и фармацевтических услуг (товаров), а обеспечение максимальных экономических преимуществ (выгод) покупателям этих услуг. Для этого последовательно выполняется ряд этапов маркетинга:

- разработка планов маркетинговых исследований;
- сегментация рынка (т. е. его деление в зависимости от возраста и пола обслуживаемых контингентов, стадии жизненного цикла товаров, доходов клиентов и их профессии, места проживания и ряда других признаков);
- разработка документации на услуги (товары);
- экономические исследования;
- маркировка товара, его реклама и «паблик рилейнз».

Для эффективного управления маркетингом особенно важны подбор кадров и стимулирование их деятельности, разработка критериев оценки эффективности маркетинговых операций, компьютеризация маркетинговых служб объектов здравоохранения, фармации и производства медицинской техники.

Учитывая целесообразность расширения международных свя-

зей субъектов рыночной экономики, в последние годы отечественные маркетинговые службы проводят исследования международного рынка медицинских услуг, лекарственных средств, терапевтической аппаратуры. Международный маркетинг решает проблемы, связанные с выходом отечественных объектов здравоохранения и фармации, медицинской техники на мировой рынок. При этом маркетинговые службы выявляют специфику рынка, определяют целесообразность самостоятельного выхода на него указанных объектов с различными видами услуг (изделий, товаров).

Рассматривая проблемы маркетинга в здравоохранении, особое внимание следует уделить вопросам продвижения к потребителю и сбыта лекарственных средств, так как от насыщения рынка медикаментами во многом зависит здоровье населения России.

Рыночная инфраструктура фармацевтической промышленности России развита крайне недостаточно. Однако в условиях либерализации цен появляется возможность для постепенного насыщения рынка медицинских препаратов, насыщение которого происходит менее интенсивно, чем аналогичные процессы для большинства других потребительских товаров. В аптечной службе формирование новых организационно-производственных структур на базе различных форм собственности сопровождается снижением спроса на медикаменты, несмотря на то что они являются предметом первой необходимости.

Сложные проблемы возникают также при сбыте фармацевтической продукции, так как новые управленческие структуры не располагают системой гарантированного ее распространения. В условиях реального самофинансирования это требует активизации маркетинговых исследований — эффективного средства в конкурентной борьбе за рынок сбыта. В настоящее время маркетинг превращается в неотъемлемый элемент деятельности фармацевтического производства и реализации его продукции.

Однако до недавнего времени маркетинг в сфере здравоохранительной деятельности использовался, как правило, эпизодически в виде отдельных приемов: изучение спроса на лекарственные средства, реклама фармацевтической продукции, создание информационной базы фармацевтического производства. Комплексные исследования по проблемам маркетинга в этой отрасли не проводились.

Научно обоснованная теория маркетинга должна стать инструментом эффективной деятельности производителей фармацевтической продукции: химико-фармацевтических заводов и объединений, акционерных обществ, торговых домов и других субъектов предпринимательской деятельности в сфере фармации.

«Лекарственный бизнес» отличается рядом специфических особенностей. Поэтому, разрабатывая маркетинговую стратегию, необходимо учитывать своеобразие фармацевтического рынка и специфику деятельности субъектов фармацевтического комплекса. Научно-практические вопросы маркетинга лекарственных средств, анализа рынка лекарственных препаратов и деятельности на нем

различных организационно-правовых структур практически не изучены, что значительно затрудняет использование результатов маркетинговых исследований в деятельности фармацевтических фирм и торговых домов в условиях кризисного состояния рынка сбыта лекарственных средств.

Маркетинг в фармацевтическом бизнесе сводится, как правило, к переименованию подразделений сбыта фармацевтических фирм и организаций торговли лекарственными средствами в отделы маркетинга, которые фрагментарно применяют в своей деятельности разрозненные приемы маркетинга.

Формирование механизма маркетинга фармацевтического рынка предполагает решение следующих основных задач:

- анализ сущности фармацевтического рынка в системе маркетинга, выявление особенностей фармацевтической продукции как товара; специфики предложения и спроса; закономерностей формирования цен на этом рынке. Тем самым создаются основы рыночной деятельности в сфере фармации;

- выделение типичного субъекта маркетинга лекарственных средств и исследование его рыночной деятельности в развитии, а также определение степени влияния факторов окружающей среды маркетинга этих средств на деятельность конкретного субъекта (фирма, акционерное общество, торговый дом и т. д.);

- выявление основных проблем управления маркетингом лекарственных средств и тенденций развития рыночной деятельности в сфере обращения с учетом особенностей фармацевтического бизнеса;

- разработка рекомендаций по комплексной маркетинговой деятельности в фармацевтическом бизнесе и их конкретизация для условий работы функционирующих фармацевтических фирм, акционерных обществ, торговых домов и т. д.

Базой и объектом маркетинговых исследований могут стать Российское объединение «Фармимэкс», акционерное общество производителей медицинской продукции «Лекарства России» (с его заводами и объединениями), коммерческий Химбанк и ряд совместных предприятий (фирм). Методологической основой разработок могут служить фундаментальные исследования по теории маркетинга ведущих зарубежных ученых, а также работы специалистов-фармакологов. При этом необходимо учитывать результаты анализа конкретных данных о хозяйственной деятельности ведущих фармацевтических фирм.

Разработанные теоретические основы рыночной деятельности объектов фармации (в условиях формирования рынка лекарственных средств) позволяют выявить основные тенденции развития этого сегмента рынка, а также проблемы управления маркетингом химико-фармацевтической продукции.

Результаты исследования, выполненные на базе ведущих фармацевтических фирм и торговых домов, могут быть использованы для повышения эффективности маркетинговой деятельности в различных организационно-правовых структурах, а также в учеб-

ных заведениях для подготовки менеджеров и маркетологов в сфере фармацевтического бизнеса.

С учетом особенностей функционирования рынка лекарственных препаратов и на основе общей теории маркетинга анализируется деятельность конкретных фармацевтических фирм и страховых медицинских компаний, изучается сущность, функциональные составляющие системы управления и механизм маркетинга лекарственных средств. На основе полученных результатов вырабатываются необходимые рекомендации по повышению эффективности маркетинговой деятельности фармацевтических фирм, страховых медицинских организаций и ЛПУ.

Маркетинг можно интерпретировать как способ снятия «неопределенности» рыночных изменений, если в его основе лежит системный подход. Механизм такой деятельности базируется на функционировании следующих 4 относительно обособленных программ:

- сбор маркетинговой информации;
- планирование маркетинга;
- создание новых видов лекарственных средств;
- маркетинговый контроль.

Кроме того, следует выделить 6 функциональных составляющих маркетинговой деятельности: маркетинговые исследования; политика товарная, ценовая, сбытовая; стимулирования спроса и сервисная.

С помощью методологии анализа фармацевтического производства и сбыта продукции выявляют те ее свойства, которые формируют потребительную стоимость лекарственных средств, характеризуют природу медицинского препарата, организацию его оформления и товарного «тела». Сочетание множества свойств лекарственных препаратов определяет их потребительную стоимость, т. е. природу товара с точки зрения маркетинга, а также основные мотивы приобретения фармацевтической продукции (цель приобретения, способ потребления и сущность субъекта потребления). Одновременно исследуются основные рынки этой продукции — потребители (больные), промежуточные продавцы, отдельные лица и т. д. Каждый из этих рынков предполагает учет специфики на основе дифференцированного подхода к каналам сбыта лекарственных средств.

Маркетинг лекарственных средств отличается рядом особенностей: во-первых, спецификой фармацевтической продукции как товара; во-вторых, спецификой рынков ее реализации и, в-третьих, соотношением спроса и предложения, определяющего цены на лекарственные средства. Наиболее существенными особенностями фармацевтического маркетинга следует считать:

— большое разнообразие товарной гаммы медицинских препаратов. В маркетинге это разнообразие описывается пространственными (характеристики номенклатуры товарной продукции) и временными (естественная убыль товара, срок его годности и т. д.) параметрами;

— спрос на конкретные виды препаратов динамичен и подвержен влиянию макроэкономической конъюнктуры, сезонности и ряду других факторов;

— большое разнообразие ассортимента и динамика спроса обуславливают несбалансированность спроса и предложения по структуре лекарственных средств, что помогает выявить значительные отклонения рыночных цен на лекарственные средства от их реальной себестоимости (особенно в период эпидемической обстановки);

— цены на лекарственные препараты определяются в первую очередь их общественной полезностью. В силу этого на рынке складывается положение «относительно твердых цен», которые ограничивают возможность воздействия фармацевтических работников на ценообразование.

Особенности лекарственных средств как товара, а также специфика их реализации определяют следующие основные характеристики фармацевтического бизнеса:

— большое число субъектов маркетинга, разнообразие ассортимента лекарственных средств и запросов потребителей, мотивов их приобретения. Выраженная динамика спроса и ряд других обстоятельств диктуют необходимость проведения регулярных маркетинговых исследований, построения соответствующей системы информации в рамках реального времени ее сбора и обработки;

— особенности медикаментов как средства лечения и сохранения здоровья выдвигают жесткие требования к их производству и сбыту с учетом малой тоннажности, низкой материалоемкости и высокой наукоемкости;

— многообразие лекарственных средств, препаратов, изделий, медицинского назначения как объектов маркетинговой политики в области фармации;

— высокая капиталоемкость фармацевтического бизнеса как причина острой конкуренции на рынке медицинских услуг;

— выраженная специфика рынков фармацевтической продукции, определяемая ее ассортиментом, характеристиками демографических групп ее потребителей;

— конкуренция на фармацевтических рынках, зависящая от своеобразия ассортимента лекарственных средств и изделий медицинского назначения.

Общие тенденции в развитии фармацевтического рынка прослеживаются в деятельности Российских объединений «Фармимэкс», «Росфармация», «Медэкспорт», торгового дома «Лекарства России», корпорации «Фарминдустрия» и др. Их рыночная деятельность во многом определяется характерными чертами рынка лекарственных средств с учетом национальной и региональной специфики.

После либерализации цен емкость фармацевтического рынка значительно уменьшилась. Например, в Москве число амбулаторно-поликлинических посещений в 1992 г. по сравнению с 1991 г.

снизилось на 48 %, а к оплате в аптеках предъявлялся только 1 рецепт из 7, выписанных врачом. В настоящее время процесс сужения рынка лекарственных средств продолжает нарастать. Резко снизилась также рентабельность фармацевтической деятельности, вследствие чего ряд химических производств находится на грани остановки.

С учетом изложенного маркетинговую деятельность производителей фармацевтической продукции целесообразно анализировать по следующим основным направлениям: исследование рынка и его информационное обеспечение, формирование ценовой и сбытовой стратегий лекарственных средств.

Среди подсистем маркетинговой информации следует особо выделить подсистему сбора текущей внешней информации. Система внутренней информации базируется на данных делопроизводства фармацевтической фирмы (акционерного общества). Для функционирования системы анализа маркетинговой информации необходимы подготовка соответствующих кадров и разработка программно-методического обеспечения.

Лекарственные средства производители фармацевтической продукции сбывают различным способом, оптом, в розницу или через абонементную сеть для ЛПУ. Больше 70 % товарооборота проходит через горизонтальную маркетинговую систему, хотя в настоящее время усиливается тенденция роста сбыта за счет вертикальных структур. При сочетании оптового сбыта фирмой (торговым домом) кредитуются торговцы лекарственными средствами. В ряде случаев преимущество отдается личной продаже, стимулированию торгового аптечного персонала, рекламе.

Для действующих производителей фармацевтической продукции характерны следующие тенденции маркетинговой деятельности:

- стихийность процессов формирования товарной политики. В ряде случаев существует стремление заложить в его основу информацию, проанализировать матрицы «товары — рынки» с целью оптимизации структуры всей товарной гаммы и сбытовой политики;

- недостаточный анализ «жизненного цикла» фармацевтической продукции, результаты которого практически не учитываются ни для отдельных групп лекарственных средств, ни для направлений фундаментальных исследований в этой области, что не позволяет оптимизировать товарную политику во временном аспекте;

- передача маркетинговому звену контрольных функций в рамках всего цикла производства и реализации фармацевтической продукции;

- особенности ассортимента производимых лекарственных средств и ограниченные возможности фармацевтических фирм (торговых домов), позволяющие осуществить переход от торговой концепции маркетинга к товарной (продуктовой);

- рыночная деятельность фармацевтических субъектов, развивающаяся в направлении постепенного формирования эффектив-

ной системы медикаментозного маркетинга. Если первоначально маркетинг рассматривался в качестве одной из торговых функций, то в настоящее время он используется для контроля над процессами сбыта и производства.

В структуре маркетинговой деятельности и фармацевтическом бизнесе отсутствует сервисная политика, товарная же осуществляется при помощи «маркетинга покупателя», что не дает возможности использовать классические маркетинговые операции в фармацевтических фирмах и торговых домах.

Соответствующая информация, используемая для маркетинговой деятельности, основывается на функционировании следующих 4 подсистем: подсистемы справочной (внутрифирменной) информации; текущей внешней информации и подсистемы маркетинговых исследований, направленных на получение вторичной и первичной информации. Маркетинговые исследования призваны изучать основные характеристики потребителя лекарственных средств, рынок и его отдельные сегменты, возможности конкурентов и т. д. Указанные элементы обеспечивают поступление информации в подсистему анализа и использование генерированной информации в процессе анализа. С помощью статистического банка выполняется обычно несколько видов анализа фармацевтического бизнеса: регрессионный, корреляционный и факторный; с помощью банка моделей — расчет себестоимости, цены, безубыточного режима, рекламного бюджета и ряд других моделей.

Структура маркетингового плана отличается четко выраженными особенностями концепции маркетинга рассматриваемого вида бизнеса. В рамках торговой концепции план развития фармацевтической фирмы, торгового дома и их бюджет интерпретируют с учетом обеспечения рекламой и совершенствования продаж медицинских препаратов, стимулирования их сбыта, изучения рынка и т. д. В производственной концепции маркетинга план предусматривает мероприятия по изучению рынка лекарственных препаратов для выявления основных направлений массового спроса и продвижения продукции к потребителю.

Маркетинговый контроль в фармацевтическом бизнесе отличается спецификой только в плане контроля за выполнением годовых планов и получением прибыли. При необходимости выявляются причины отклонения фактических данных от запланированных. Производственные отношения регулируются с заводами-изготовителями, конкурентами, потребителями (больными).

Прибыль в области фармацевтической деятельности контролируется не по отдельным позициям лекарственных средств, а только по их ассортиментным группам. Рентабельность анализируется по регионам сбыта, торговым каналам, гораздо реже — по объемам заказов ЛПУ.

В основе практической деятельности фармацевтических учреждений лежат результаты исследования спроса на лекарственные средства, конъюнктуры рынка медицинских услуг, эффективности рекламы, выпускаемой конкурентами продукции, а также каналов

ее продвижения к потребителю и т. д. В товарной политике различают товары (продукцию) по замыслу исполнения и в реальных образцах, а также с «подкреплением» (способами продажи и обслуживания потребителей). Управление всей ассортиментной гаммой товаров осуществляется в пространственном и временном аспекте (ассортиментные группы и производство более эффективных лекарств соответственно).

Ценовую политику определяет характер рынка — свободная конкуренция, олигополия¹, монополия² и т. д. Однако в фармацевтическом бизнесе однозначно определять характер рынка лекарственных средств невозможно. Свободная конкуренция имеет место лишь на рынке массовых лечебно-оздоровительных услуг. В этом случае цену определяет потребитель (больные) с учетом полезности того или иного вида лекарственного препарата.

Сбытовая фармацевтическая политика предусматривает традиционные каналы реализации лекарственных средств. Дефицитность медикаментов и неразвитость инфраструктуры рынка в России нередко ориентируют их промежуточных продавцов на вертикальные маркетинговые системы.

Решение задач комплексного стимулирования сбыта в фармацевтической деятельности требует использование рекламы, пропаганды новейших методов лечения и диагностики, предоставления сервисных услуг и ряда других методов маркетинговых исследований рынка лекарственных препаратов. В рамках этой системы прибегают к таким способам, как стимулирование сбыта фармацевтической продукции (промежуточные продавцы, предоставление скидок, кредита и др.).

Результативность маркетинговых приемов в фармацевтической практике может быть недостаточно высокой из-за неразработанности единообразного механизма маркетинговой деятельности в этой области. Поэтому практическое значение приобретает анализ основных закономерностей механизма функционирования маркетинга лекарственных средств. Для этого подсистемы и функциональные составляющие маркетинга надо вписать в общую систему фармацевтического бизнеса.

Широкий ассортимент продукции фармацевтических фирм (заводов-изготовителей) диктует необходимость построения матрицы «роста и рыночной доли» не столько по отдельным видам медикаментов, сколько по их клинико-диагностическому применению. На основе интерпретации этой матрицы появляется возможность проанализировать состояние и стратегию развития фармацевтической фирмы или торгового дома. С учетом результатов анализа выбирается оптимальный путь их развития: реальный, интенсивный, интегральный или диверсификационный. В основе формиро-

¹ Олигополия — ситуация на рынке, характеризующаяся наличием достаточно большого круга продавцов и ограниченного круга покупателей.

² Монополия — ситуация на рынке, характеризующаяся наличием одного или нескольких продавцов и неограниченного круга покупателей.

вания стратегии маркетинга лежит выделение целевых сегментов рынка, что обеспечивает более целесообразное позиционирование лекарственных средств, выбор необходимого типа маркетинга для изучения рынка и тактики продвижения медицинских препаратов к потребителю. Массовый маркетинг целесообразен при производстве лекарственных средств без определенного потребительского адреса; товарно-дифференцированный — при их реализации одной и той же группе ЛПУ; целевой — при их производстве заранее выделенному сегменту рынка.

Тактика продвижения (привлечения потребителей) лекарственных средств и изделий медицинского назначения определяется не столько их спецификой, сколько имиджем фармацевтической фирмы (предприятие, торговый дом), стилем ее работы, особенностями целевого рынка и финансовыми возможностями субъекта маркетинга лекарственных средств. Реализация этой тактики требует значительных затрат на рекламу и основывается на прямом контакте с потребителями и системе стимулирования промежуточных продавцов.

Особенности фармацевтической деятельности (организации маркетинговых операций) зависят от принятой концепции маркетингового звена (своего рода коммутатор между производством, сбытом и рынком лекарственных средств). В рамках географического принципа реализации маркетинга осуществляются производство и торговля массовыми видами лекарственных средств, а в рамках товарного (или рыночного) принципа — профессионально ориентированная деятельность на обеспечение ими ЛПУ.

Важное место в маркетинговых исследованиях занимает реклама, которая применительно к лекарственным средствам имеет некоторые особенности. Так, во всем мире эта реклама обязательно проводится под контролем органов здравоохранения. По радио, телевидению, в газетах, журналах и т. д. запрещена любая реклама неразрешенных к медицинскому применению средств или их использованию в размерах, угрожающих здоровью человека.

Реклама тесно связана с информационной деятельностью: написанием обзоров, составлением библиографических описаний медикаментов и перечня изданий, созданием информационных бирж. В аптечной службе информационные биржи целесообразно организовывать на базе крупных центров фармацевтической информации. В качестве коммерческих данных могут использоваться адресная информация, данные о предприятиях — производителях фармацевтических препаратов, о товарном ассортименте, ценах, качестве лекарственных средств и т. д.

Одним из этапов маркетингового исследования рынка фармации является анализ хозяйственной деятельности, который проводится с целью определения формирования спроса на лекарственные средства. Этот спрос зависит от целого ряда факторов: демографических, социальных, экономических, валеологических (состояние общественного здоровья) и т. д. Социологические исследования (в частности, опросы населения) значительно повышают

точность прогнозирования спроса на медикаментозные средства. По результатам социологических исследований:

— определяют действенный спрос населения на медикаменты, разрабатывают систему расчета нормативных показателей спроса и дают его краткосрочный прогноз для обоснования плановых решений;

— анализируют деятельность аптечных учреждений по обеспечению населения лекарствами по фармакологическим группам, выявляют их долю в реализации населению изделий медицинского назначения и величину неудовлетворенного спроса; рассчитывают объем заменяемости лекарственных средств фармакосинонимами и аналогами;

— исследуют демографическую и социальную структуру контингента амбулаторно-поликлинических больных, обращающихся за фармацевтической помощью.

Результаты проведенного опроса населения и фармацевтических работников обрабатывают следующим образом: вначале определяют число обращений за лекарственными средствами по исследуемой фармакологической группе в аптеки за год (D):

$$D = \frac{D_b \cdot M \cdot 320}{3 \cdot L_a},$$

где D_b — число обращений граждан в аптеки за исследуемыми препаратами, зарегистрированное во время выборочного обследования; M — число аптек в исследуемом регионе; L_a — число аптек, в которых проводилось исследование ($L_a = 0,1 M$); 3 — число дней выборочного исследования; 320 — среднее число рабочих дней в году, в течение которых функционирует аптека.

Затем рассчитывают интенсивность спроса лекарственных средств (число обращений на 1 жителя региона).

$$P = \frac{D}{R_{\text{ж}}},$$

где R — число жителей данного региона.

Коэффициент редукции интенсивности спроса, выражающий отношение обращаемости населения на 1 жителя по возрастным группам к выделенному из них контингенту, отличающемуся наиболее активным спросом, определяют по формуле:

$$K = \frac{\sum_{j=1}^J n_j^0}{n_a^0},$$

где j — шифр возрастной группы ($j = 1, J$); J — число возрастных групп, n_j^0 — число обращений на 1 жителя в j -й возрастной группе; n_a^0 — число обращений на 1 жителя в группе наиболее активного спроса.

Величину спроса на лекарственные средства устанавливают, исходя из демографической и социальной структуры населения в регионе по следующей формуле

$$S = R_{\text{ж}}^a \sum_{i=1}^I S_i d_i,$$

где S_i — спрос на i -й лекарственный препарат выражается числом стандартов ($i = 1, I$); I — число лекарственных препаратов; $R_{\text{ж}}^a$ — число жителей региона в возрасте наиболее активного спроса; d_i — число стандартов i -го препарата, приобретаемого за 1 обращение в аптеку.

Полученную величину S делят на число проживающего в регионе населения. Таким образом определяют показатель величины спроса на 1000 редуцированных жителей, используют его для прогнозирования спроса и принимают в качестве нормативного.

Краткосрочный прогноз потребности в лекарственных средствах осуществляется с учетом прироста населения региона. Для этого нормативный показатель спроса умножают на прогнозируемую величину численности населения. Для корректировки величины спроса с учетом влияния социально-демографических факторов целесообразно использовать коэффициент эластичности спроса, показывающий степень изменения спроса на 1 % при изменении факторного признака.

Спрос на лекарственные средства должен изучаться систематически для обоснования плановых заявок — заказов на медикаменты и создания банка данных. В свою очередь это позволит экстраполировать полученные результаты на более длительный прогнозируемый период и создать нормативную базу для перспективного планирования.

В России функционирует государственная система лекарственного обеспечения, где республиканские аптечные базы выполняют функции оптового звена по реализации областным аптечным складам преимущественно импортных препаратов и изделий медицинского назначения.

При этом в деятельности объединения «Росфармация» реализуется модель, в которой оптовые базы выступают связующим звеном между промышленностью, основным организатором лекарственного обеспечения и ЛПУ. Согласно этой модели «Росфармация» заключает договора с заводами — изготовителями медикаментозных средств на территории России и других государств СНГ. На договорной основе через республиканские базы осуществляются поставки лекарственных средств в территориальные производственные объединения «Фармация». При этом «Росфармация» реализует лекарственные средства потребителю по цене завода-изготовителя.

Перспективным направлением является снабжение лекарственными средствами на основе прямых договоров и свободного выбора поставщика оптовыми звеньями всех уровней управления аптечной службой.

В России сложилась крайне неудовлетворительная система продвижения лекарственных средств и медицинской продукции к потребителю, нерационального использования валютных ассигнований, выделяемых на закупку готовых фармацевтических препаратов.

В условиях складывающегося рынка ориентация заводов на выпуск продукции по плановым заданиям, исходя из заявок аптечной сети, а не на результаты маркетинговых исследований платежеспособного спроса фармацевтического рынка явилась основной причиной их затоваривания лекарственными средствами, не пользующимися спросом. Так, например, в сентябре 1992 г. на заводах-производителях скопилось лекарственных средств на сумму более 8 млрд руб.

Поэтому в настоящее время предусматривается поэтапный переход к децентрализованному распределению медицинских препаратов и товаров, развитию прямых хозяйственных связей. Все большую роль начинают играть маркетинговые исследования, проводимые в рамках как подразделений оптового звена, так и самостоятельных фармацевтических структур. При этом маркетинговая служба стала ориентироваться на результаты научно-информационного анализа конъюнктуры рынка, состояние и тенденции производства, возможности применения лекарственных средств и изделий, оперативное и перспективное изучение спроса на них.

Таким образом, являясь составной частью рыночной стратегии развития объектов здравоохранения, маркетинг способствует более успешному освоению рынка медицинских услуг и лекарственных средств (товаров) за счет выявления тех их видов и фармацевтических групп, которые пользуются наибольшим спросом у потребителей в текущий момент. Кроме того, рационально построенная сбытовая стратегия объектов здравоохранения и фармации существенно образом минимизирует сопутствующие издержки путем более обоснованного и целенаправленного продвижения лечебно-профилактических услуг, лекарственных средств и товаров к их потребителям (пациентам).

Глава 4

ОРГАНИЗАЦИЯ, ПЛАНИРОВАНИЕ И УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ В УСЛОВИЯХ ПЕРЕХОДА К РЫНОЧНОЙ ЭКОНОМИКЕ

4.1. Совершенствование процессов организации, планирования и управления здравоохранением на современном этапе

Переход здравоохранения на рыночные отношения требует изменения функций государства в области организации, планирования, регулирования и управления лечебно-профилактическими, экономическими и социальными процессами в отрасли на всех уровнях функционирования МТК.

Замена административно-командных методов управления, характерных для плановой экономики, социально-экономическими не отменяет действенности основных принципов здравоохранения: его государственность, общедоступность и бесплатность медицинской помощи социально незащищенным слоям населения, плановость проведения оздоровительно-профилактических мероприятий. При переходе к рынку необходимо создать условия для практической реализации указанных выше принципов.

На разных этапах развития системы охраны здоровья общества отношение к проблемам ее экономики, планирования и управления существенно менялось. Крупнейшие теоретики и организаторы здравоохранения Н. А. Семашко и З. П. Соловьев рассматривали очередные задачи и перспективы охраны здоровья народа в контексте народнохозяйственных вопросов экономического и социального развития. Это обуславливало необходимость целостного охвата управлением комплекса взаимодействующих факторов, определяющих здоровье каждого человека и общества в целом.

В конце 80-х — начале 90-х годов были созданы предпосылки для кардинального изменения системы бюджетного финансирования органов и учреждений отрасли, переход от системы выделения средств из бюджета по отдельным статьям расходов к ее финансированию по стабильным долговременным нормативам, комплексно отражавшим целевую направленность деятельности сети ЛПУ. Появилась возможность развития сферы платных лечебно-профилактических услуг, выполнения работ по договорам с предприятиями (учреждения, организации) на хозрасчетной основе.

Руководители учреждений здравоохранения (медицинские вузы, НИИ) получили право самостоятельно устанавливать (по согласованию с объединениями, предприятиями) индивидуальные договорные нормы и расценки на оплату труда работников отрасли. Это стимулировало увеличение объема оказываемой медикосанитарной помощи рабочим предприятий и членам их семей по договору.

Наряду с этим предполагалось более широкое использование других внебюджетных источников финансирования, в том числе выручки от реализации неиспользуемого оборудования, взносов других предприятий и организаций (включая медицинские кооперативы, фонды мира и детский и т. д.).

Принятие законов об индивидуальной трудовой деятельности, кооперации способствовало оттоку высококвалифицированных специалистов в индивидуально-кооперативный сектор, ухудшению экономических показателей деятельности хозрасчетных объектов здравоохранения (их подразделений). Последние оказывались неконкурентоспособными по сравнению с медицинскими кооперативами в условиях действовавшего тогда финансово-хозяйственного механизма.

Дальнейшим шагом, связанным с совершенствованием хозяйственного механизма в здравоохранении, был переход на арендные отношения. Так, например, МНТК «Микрохирургия глаза», ис-

пользуя арендные отношения на базе государственной собственности, значительно повысил эффективность своей работы. Однако широкое внедрение арендных отношений сдерживалось отсутствием правового и экономического механизма, регламентировавшего эту форму хозяйственных взаимоотношений. Требовались расширение хозяйственной самостоятельности ЛПУ, переход на полный хозрасчет и самофинансирование. Более широкой реализации принципов хозрасчета и самофинансирования препятствовали действовавший в то время порядок распределения прибыли и ценообразования; диспропорции между закупочными, оптовыми и розничными ценами на медикаменты, лекарственное и растительное сырье, изделия медицинского назначения.

В этот период времени в планировании как одной из основных функций управления наметились 2 взаимосвязанных процесса: укрепление системы централизованного планирования и децентрализация управления и расширение хозяйственной самостоятельности местных органов, отдельных ЛПУ.

В связи с этим возрастала роль медико-социальных нормативов. Для обеспечения потребности граждан в амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи следовало бы сконцентрировать ресурсы на важнейших перспективных направлениях развития отрасли, которые способствовали бы достижению целей охраны народного здоровья в максимально сжатые сроки.

При разработке социальных нормативов решающая роль отводилась региональным органам управления. Такие нормативы, рассчитанные на здравоохранение страны в целом, являлись прогнозируемыми рекомендациями, с помощью которых можно было обосновать бюджетные ассигнования на текущее содержание и капитальное строительство ЛПУ. Эти нормативы выполняли роль информационно-ориентирующего и методического инструментария, так как учитывали особенности заболеваемости населения, различия в потребностях медицинского обслуживания, а также формы организации лечебно-профилактической помощи.

Как показал анализ развития здравоохранения в те годы, только кардинальные изменения всего комплекса методов управления могли бы реально обеспечить переход от количественных показателей к таким качественным характеристикам развития отрасли, которые действительно бы способствовали улучшению состояния здоровья населения и оказанию эффективной медико-санитарной помощи. Для этого потребуются создание экономического механизма, в котором каждый работник медицинской службы был бы морально и материально заинтересован в достижении высоких конечных результатов и были бы задействованы более совершенные экономические отношения, новые формы организации, управления и такой эффективный элемент хозяйственного механизма, как система финансирования.

Встала задача изучить и обосновать основные факторы, влияющие на здоровье человека, а также установить количественную степень их влияния, так как факторный анализ позволяет конкрет-

нее определить пути эффективного развития здравоохранения. К тому же такой подход дает возможность количественно оценить бесперспективность экстенсивного наращивания коечной сети и численность врачебных кадров.

Приоритетность развития здравоохранения должна выражаться прежде всего в реальном увеличении его ресурсного потенциала. При невысокой психофизиологической дееспособности рабочей силы финансовые инвестиции в материально-техническую базу производства могут стать экономически неэффективными.

Методы комплексной оценки состояния здоровья населения имеют ряд существенных недостатков: большая трудоемкость расчетов и невозможность их использования в тех случаях, когда показатели неоднонаправленны. Поэтому в современных условиях для комплексной оценки уровня здоровья наиболее целесообразно применять такой интегрированный показатель, каким, например, может быть прогнозируемый медико-социальный потенциал трудоспособности.

Этот показатель представляет собой процентное отношение числа лет предстоящей трудовой деятельности условного поколения при постоянном во времени (на момент исследования) повзrastном уровне смертности, инвалидности, заболеваемости с временной утратой трудоспособности к максимально возможному числу лет предстоящей трудовой деятельности этого же поколения при условии, что численность его не будет сокращаться за счет случаев преждевременной смерти, временной и стойкой утраты трудоспособности. Рассматриваемый показатель, интегрируя ряд наиболее распространенных характеристик оценки статуса здоровья населения, может вычисляться для любого региона, причем как по результатам специальных социально-гигиенических исследований, так и по материалам текущей статистической отчетности. Одновременно следует учитывать потери, обусловленные болезнями и травмами. Кроме того, данный показатель может служить одним из критериев экономической оценки ущерба, наносимого при возникновении отдельных видов патологии.

Оценка уровня здоровья населения на основе прогнозируемого медико-социального потенциала трудоспособности по сравнению с традиционными методами имеет ряд преимуществ; например, получаемые результаты имеют количественное выражение и позволяют проводить сравнительный анализ. Кроме того, наглядность этих показателей усиливает метод картографирования. Этот метод, адаптированный к конкретным условиям, может успешно использоваться при разработке целевых комплексных программ по профилактике заболеваний, совершенствованию методов управления и перспективного планирования развития здравоохранения на той или иной территории.

Приоритетное развитие системы оказания квалифицированной лечебно-профилактической помощи населению предполагает создание такого экономического механизма регулирования оплаты труда медицинских работников, при котором уровень оплаты зави-

сел бы от конечных результатов деятельности. При этом все население должно иметь гарантию на получение бесплатной высококачественной медицинской помощи, а потребность в дополнительных лечебно-оздоровительных и профилактических услугах может удовлетворяться за плату. Общегосударственное регулирование отрасли должно способствовать формированию ее ресурсного потенциала, адекватного требованиям современной медицины.

В связи с переходом экономики России на рыночные методы хозяйствования необходима разработка механизма управления здравоохранением, ориентированного на функционирование в условиях рынка. Система управления должна базироваться на количественных и качественных критериях оценки эффективности, обеспечивать достижение соответствующих функционально-стоимостных показателей медицинской помощи.

Разработка механизма управления здравоохранением неразрывно связана с изучением и практической реализацией функций планирования и регулирования, которые в управлении рассматриваются как 2 важнейшие функции процесса управления. Кроме того, надежное функционирование системы управления отраслью невозможно без соответствующего финансового обеспечения. Поэтому при разработке механизма управления существенное внимание должно быть уделено анализу и формированию финансовых источников.

Перестройка системы управления современным лечебно-диагностическим процессом предполагает комплексное использование следующих основных принципов:

- гибкое сочетание системы бесплатных гарантированных и платных медицинских услуг;

- расширение арсенала таких организационно-правовых форм, как государственные и муниципальные ЛПУ, кооперативы, акционерные общества, товарищества, индивидуальные частные медицинские предприятия, ИТД и пр.;

- разнообразие методов управления (экономические, директивные, программно-целевые и социально-психологические) для повышения эффективности функционирования служб охраны здоровья в условиях перехода к рыночным методам хозяйствования;

- повышение профессионального уровня и материальной заинтересованности медицинских работников в достижении высоких конечных результатов труда;

- оптимальное сочетание отраслевого и территориального управления;

- развитие принципов демократизации и самоуправления, повышение экономической самостоятельности ЛПУ, расширение внутри- и межотраслевых связей МТК с их ориентацией на достижение высоких конечных результатов.

В условиях перехода России к рыночным отношениям функциями государственных органов управления здравоохранением являются:

- анализ, оценка и прогнозирование состояния здоровья людей;

— формирование национальной стратегии в этой социальной сфере и организация оказания массовых видов помощи населению (стационарная, амбулаторно-поликлиническая, профилактическая, оздоровительно-реабилитационная и др.);

— разработка и внедрение государственных санитарно-гигиенических и противоэпидемических стандартов, правил, норм и нормативов;

— организация системы государственного санитарного надзора и карантинных мероприятий по охране территории страны от заноса инфекций;

— проведение единой государственной политики в области производства и обеспечения лекарственными средствами, а также мероприятий по ликвидации последствий стихийных бедствий и чрезвычайных обстоятельств;

— осуществление международных связей и представительств в международных организациях;

— проведение единой государственной политики в области подготовки кадров; контроль за подготовкой и переподготовкой специалистов, а также их аттестацией;

— контроль за соблюдением стандартов качества медицинских услуг.

Отношения между государством и службами (подразделениями) здравоохранения должны строиться на взаимовыгодных принципах, отвечающих требованиям рыночной экономики. Эффективность функционирования этих служб повышает система рационального сочетания государственной, страховой и индивидуально-частнопрактикующей форм организации медицинской помощи населению.

Здравоохранение как объект управления представляет чрезвычайно многокомпонентную иерархическую структуру с тремя уровнями организации медицинского обслуживания:

— региональный (областной);

— муниципальный (городской, районный);

— местный.

На региональном уровне здравоохранение представлено крупными медицинскими комплексами и специализированными центрами, ЛПУ различных организационно-правовых форм (включая ИТД).

На муниципальном уровне службы охраны здоровья включают многопрофильные консультативно-диагностические комплексы (поликлиники) с автоматизированными центрами первичного обследования состояния здоровья жителей.

Совершенствование процесса руководства на местном уровне предполагает децентрализацию управления городскими и районными поликлиниками как первичными звеньями отрасли. Росту их эффективности может способствовать организация «центров здоровья» на базе районных поликлиник, принимающих население по широкому профилю специальностей (не менее 8—10).

В условиях реализации Закона «О медицинском страховании

граждан в РСФСР» целесообразно предусмотреть дифференциацию сети амбулаторно-поликлинических и стационарных учреждений с учетом объема и степени интенсивности оказываемой помощи, ухода за больными. Очевидно, следует выделять, во-первых, больницы (отделения) интенсивного (активного) лечения; во-вторых, центры долечивания и восстановительного лечения; в-третьих, больницы смешанного типа (в зависимости от профиля лечения) и, в-четвертых, больницы (отделения) медико-социальной помощи хронически больным (хозрасчетные и бюджетные стационары).

Деятельность хозрасчетных поликлиник и кооперативов (включая ИТД) контролируют территориальный орган здравоохранения и местные органы власти. Функции управления ТМО реализуются через головную поликлинику (как центр оказания консультативно-диагностической помощи) и ведущую больницу.

На региональном уровне управления разрабатывается общая стратегия реализации региональных целевых программ охраны здоровья жителей; решаются вопросы материально-технического оснащения объектов здравоохранения, обеспечения их кадрами, повышения качества лечебно-профилактических услуг.

Прогрессивной можно считать тенденцию передачи хозяйственных функций департаментов здравоохранения и местных органов власти на уровень ТМО. Благодаря этому у департаментов здравоохранения появляется возможность больше уделять внимания координации действий отдельных ЛПУ и более тесному взаимодействию между ними; внедрению передовых методов лечения и диагностики, средств охраны и укрепления здоровья людей в широкую практику.

В новых социально-экономических условиях, обусловленных переходом к рыночным отношениям, целесообразно создавать целевые комплексные подсистемы управления профилактикой общей и профессиональной заболеваемости в рамках местных органов власти (администрации). Профилактическое направление медицины может быть существенно усилено за счет разработки действенного хозяйственного механизма, ориентированного на достижение высоких конечных результатов.

Региональный уровень эффективности работы ТМО оценивают следующим комплексом показателей:

- смертностью населения (в том числе детской, дородовой, родовой и послеродовой) и динамикой уровня заболеваемости (по возрастным, половым и профессиональным группам);
- числом инвалидов детства и первичным выходом на инвалидность различных категорий работающих;
- уровнем и тенденциями временной нетрудоспособности населения (по отдельным отраслям народного хозяйства).

Муниципальный уровень развития системы здравоохранения характеризуют следующие показатели:

- состояние материально-технической базы отрасли (включая степень оснащенности ЛПУ современным оборудованием, приборами и инструментарием; коэффициент их использования);

— уровень обеспеченности ЛПУ кадрами и профессиональный уровень кадрового потенциала;

— степень адекватности организационно-функциональной структуры ЛПУ (с учетом медицинских, демографических, социальных показателей развития территории) требованиям снижения уровня общей заболеваемости населения.

Деятельность отдельных ЛПУ может быть оценена следующими показателями:

— качество оказания лечебно-диагностической помощи;

— доступность первичной, а также всех видов специализированной медицинской помощи;

— степень отклонения фактических параметров медицинских технологий от их заданных (оптимальных) значений.

Эффективность управления службами здоровья может анализироваться прежде всего с помощью методов корреляционного и факторного анализа, а также метода экспертных оценок. Для этого требуется определить фактическую зависимость показателей общей заболеваемости (смертности) населения от объема и качества лечебно-профилактической работы, а также ее качественную характеристику, а именно вклад служб здравоохранения в экономику региона.

Таким образом, в условиях рыночной экономики изложенные выше принципы управления здравоохранением повышают уровень и качество лечебно-профилактической помощи населению, а их реализация способствует развитию самостоятельности учреждений отрасли, повышает эффективность использования бюджетных средств и коечного фонда, усиливает заинтересованность медицинских работников в достижении высоких конечных результатов своего труда.

4.2. Стратегическое планирование в здравоохранении

В рыночных условиях система планирования здравоохранения также существенно меняется, например традиционные директивные планы развития отрасли заменяются методами программно-целевого планирования. Центр тяжести в планировании смещается на региональный уровень. При этом на первый план выдвигается координация целевых программ медико-социальной защиты населения, создание механизма взаимодействия органов территориального и отраслевого управления.

Основой планирования здравоохранения в условиях перехода к рыночным отношениям является стратегическое планирование, представляющее собой адаптивный процесс, в ходе которого происходит регулярная (как правило, ежегодная) корректировка решений, оформляемых в виде бизнес-планов.

Поэтому стратегическое планирование, обобщающее долгосрочное, среднесрочное, годовое, оперативное и функциональное планирование, правомерно трактовать как систему, охватывающую все многообразие видов плановой деятельности учреждений здра-

воохранения. Очевидно, что основу стратегического планирования составляет долгосрочное. Важной отличительной чертой стратегического планирования является гибкость, обусловленная широким диапазоном выбора плановых горизонтов¹.

Известно, что применявшаяся в условиях плановой экономики система планирования жестко детерминировала плановые горизонты. Стратегическое же планирование требует проведения специальных исследований по определению горизонта времени, на который вырабатывается перспективная политика развития объектов здравоохранения, включая кадровое и финансовое обеспечение.

Особенностью будущего управления и планирования в рамках МТК является использование преимущественно экономических методов, ориентация на достижение высоких конечных результатов. В этом случае будут рассматриваться не столько рубежи (которых необходимо достичь на том или ином уровне управления), сколько условия, с учетом которых тот или иной объект здравоохранения может выбрать стратегию действий, руководствуясь собственными интересами.

Директивные задания по достижению конечных социально-медицинских результатов не включаются ни в одну из эффективно действующих ныне систем управления здравоохранением в промышленно развитых странах. Напротив, существует совокупность научно обоснованных норм и нормативов, стимулирующих качество работы объектов МТК, достижение ими высокого экономического и социально-медицинского эффекта. Таким образом, для сравнения динамики здоровья населения отдельных регионов в целях выбора приоритетного направления развития тех или иных здравоохранительных служб целесообразно в качестве оценочных использовать интегральные показатели статуса здоровья, так как они, составляя основу региональных комплексных целевых программ охраны здоровья населения, могут служить ориентиром достижения социально-медицинских целей на перспективу.

Поэтому неотъемлемым элементом планирования выступает создание системы норм и нормативов, а также определение порядка их применения. Ориентация на нормативы как характеристики построения служб здравоохранения в отдаленной перспективе позволяет в значительной мере абстрагироваться и от ресурсных ограничений, и от жесткой их привязки к конкретному плановому периоду. При определении непосредственных ориентиров инвестиционной политики в отрасли нормативы, предназначенные для планирования централизованных капитальных вложений, выступают в качестве рекомендательных величин при расчете контрольных цифр развития здравоохранения. Являясь важным инструментом управления отраслью, нормативы обеспечивают директивное установление социально обоснованного, гарантированного уровня ее материально-технической базы, так как регулируют

¹ Горизонт планирования — интервал времени, на который разрабатывается стратегический план.

зависимость оплаты труда медицинского персонала от конечных результатов работы.

Стратегия развития здравоохранения предполагает, с одной стороны, решение комплекса специфических проблем в области лечебно-диагностической и медико-реабилитационной помощи гражданам, а с другой — проведение комплекса медицинских и оздоровительно-гигиенических мероприятий для решения общих социально-профилактических проблем благополучия населения. Для улучшения качества диагностики и лечения, организации вторичной медицинской профилактики необходимо существенно увеличить капитальные вложения в отрасль. О необходимости наращивания темпов оздоровления условий труда свидетельствует тот факт, что удельный вес работающих в условиях, не отвечающих санитарным нормам и требованиям безопасности труда, снижается ежегодно не более чем на 1—1,5 %. В настоящее время почти 8 млн работающих (из которых более 35 % — женщины) заняты на работах с неудовлетворительными производственными условиями.

Долговременная политика в области здравоохранения при переходе к рынку должна опираться на более обоснованную нормативную базу, так как нормативы служат одновременно критериями оценки уровня развития сферы медицинского обслуживания и инструментом распределения ресурсов между различными регионами с учетом приоритетов потребности жителей в медико-социальной помощи. Система используемых социально-экономических нормативов должна гарантировать оказание такой помощи.

Итак, стратегическое медико-социальное планирование в настоящее время должно осуществляться по следующим основным направлениям:

- создание стратегии обновления материально-технической базы отрасли;
- разработка механизма управления, в основе которого лежит непосредственная связь между оплатой труда работников и их вкладом в конечные результаты деятельности;
- рациональное использование трудового потенциала здравоохранения за счет его структурной перестройки;
- активизация валеодемографических факторов в системе управления отраслью.

Совершенствование планирования развития МТК должно обеспечивать проведение единой медико-технологической и технической политики в области проектирования, строительства и оснащения его объектов. При этом должны решаться также вопросы, связанные с созданием медицинской техники, разработкой нормативно-методической документации по эффективному функционированию сети учреждений. Кроме того, планирование должно решать вопросы формирования социального заказа на разработку проблем охраны здоровья населения России.

Преобразование системы планирования здравоохранения надо рассматривать в контексте перехода России к модели рыночной

экономики. При этом следует учитывать, что переход от директивного планирования и государственного принудительного страхования к планированию, выполняющему в первую очередь рекомендательные функции, а также страховой медицине связан с разгосударствлением и дифференциацией форм собственности в отрасли.

Поэтому в процессе организации медицинского обслуживания граждан целесообразно разделение функций планирования между государством, страховыми медицинскими организациями и ЛПУ.

Действующим Законом РСФСР «О медицинском страховании граждан в РСФСР» предусматривается формирование 2 различных фондов для финансирования отрасли: фондов здравоохранения и медицинского страхования. Фонд здравоохранения предназначен для финансирования мероприятий по разработке и реализации государственных целевых программ, подготовке кадров, ликвидации социально значимых заболеваний и оказания помощи в зонах эпидемий, стихийных бедствий. За счет средств этого фонда финансируются научные разработки, оплачивается приобретение дорогостоящих видов медицинской техники, обеспечивается выравнивание условий оказания медицинской помощи населению отдельных регионов. Следовательно, с помощью средств этого фонда государство оказывает непосредственное регулирующее воздействие на политику в области здравоохранения.

Фонд медицинского страхования непосредственно предназначен для оплаты услуг ЛПУ. Страховые фонды образованы для страхования неработающей части населения и работников государственных бюджетных учреждений. При отсутствии системы централизованного планирования нормативы обязательного медицинского страхования (за счет бюджета), являясь фактически «плановыми» показателями для формирования расходной статьи государственного бюджета, определяют налоговую политику государства по отношению к предприятиям, стимулируя вложение средств в охрану здоровья работников.

Один из методов воздействия государства на развитие здравоохранения — разработка целевых комплексных программ, в которых четко формулируются конечная цель и пути ее достижения, определяется необходимое ресурсное обеспечение со стороны государства. В рамках таких программ могут осуществляться инвестиции, нацеленные на решение экологических проблем и проведение оздоровительно-профилактических мероприятий среди населения.

Формируя инвестиционные программы, необходимо в первую очередь совершенствовать нормативную базу здравоохранения, оценивать социально-экономическую целесообразность вложения средств в конкретные мероприятия и развитие отдельных объектов отрасли. Нормативная база здравоохранения утверждается на государственном уровне и включает в себя нормативы, связанные как с лечебно-профилактическим обслуживанием населения (развитие сети учреждений, совершенствование системы обязатель-

ного медицинского страхования, разработка медико-экономических стандартов), так и с улучшением условий жизни населения (условно называемые экологическими).

Анализ результатов перехода к добровольному медицинскому страхованию и договорным отношениям между ЛПУ и страховыми медицинскими организациями показывает, что в сложившейся ситуации целесообразно введение государственного заказа на предоставление массовых видов медицинской помощи. В условиях становления рыночных отношений социально незащищенные группы и слои населения испытывают на себе еще более жесткий, чем прежде, дефицит медицинских услуг. При этом государственный заказ может быть ориентирован лишь на частичную загрузку мощностей учреждений здравоохранения, в то время как остальная часть их мощности может использоваться для выполнения договорных услуг.

Государственный заказ формируется за счет централизованных капитальных вложений для решения приоритетных медико-социальных задач, ликвидации региональных диспропорций, ввода в действие новых объектов и реконструкции (модернизации) действующих, технического оснащения и обеспечения санитарно-гигиенических норм в учреждениях отрасли. Государственный заказ предусматривает, в частности, строительство родильных домов, женских консультаций, детских больниц и поликлиник, расширение действующих учреждений путем строительства новых многопрофильных корпусов. В условиях государственного заказа взаимные расчеты проводятся на основе цен (тарифов) за оказание медицинской помощи населению и выполнение других видов услуг.

В современных условиях показатели развития любой отрасли народного хозяйства, отражая макроэкономические процессы, являются элементами системы финансово-бюджетного регулирования отрасли, развитие которой возможно лишь при условии сбалансированности материально-технических, трудовых и финансовых ресурсов ее.

Достижение сбалансированности здравоохранения предполагает:

- определение потребности в финансовых ресурсах и оценку ожидаемых масштабов роста доходов служб охраны здоровья;
- анализ соответствия доходов потребностям в финансовых ресурсах и поиск способов преодоления возможных диспропорций между доходами и потребностями;
- выработка эффективного механизма функционирования каждой службы здравоохранения в отдельности и всего МТК в целом, стимулирующего эффективное использование всех видов ресурсов.

В условиях плановой экономики развитие и расширение сети учреждений здравоохранения ориентировалось на достижение нормативной обеспеченности (в сочетании с финансированием отрасли в расчете на единицу мощности — «койку» или «посещение»).

Это привело к тому, что материальная база отрасли, созданная на принципах ее экстенсивного развития, во многом оказалась непригодной для медицинского обслуживания на современном уровне развития медицинской науки. Несмотря на то что в нашей стране — один из самых высоких в мире уровней научного потенциала и обеспеченности населения медицинскими кадрами, коечной сетью ЛПУ, общество не удовлетворено оказываемыми услугами здравоохранения.

В условиях бесплатности медицинской помощи работники здравоохранения экономически не заинтересованы в оперативном и качественном оказании услуг, рациональном расходовании средств. С этой целью еще на стадии предпроектных разработок в нормативы закладывалось минимальное количество средств, а для строительства объектов отрасли предусматривали проекты с минимальными капитальными вложениями. В стремлении отчитаться «по валу» основное внимание уделяли палатным корпусам, которые фактически превращались в некомфортабельные гостиницы при крайне неудовлетворительном состоянии лабораторно-диагностической и лечебной базы. В результате больным приходилось затрачивать значительное время на ожидание необходимой помощи.

По расчетам НИИ социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением им. Н. А. Семашко обеспеченность стационаров лечебно-диагностической службой составляет около 35 % от действующей нормы, 23 % зданий учреждений здравоохранения нуждаются в капитальном ремонте и 2 % находятся в аварийном состоянии. Процесс замены устаревшей базы проходит слишком медленно: коэффициент выбытия основных фондов не превышает 1,1 % в год. Так что до последнего времени проектировавшиеся и строившиеся ЛПУ имели крайне недостаточную техническую оснащенность. В 1990 г. в учреждениях здравоохранения Москвы, например, стоимость медицинского оборудования составляла 6—7 тыс. руб. на единицу мощности ЛПУ, в то время как в экономически развитых странах этот показатель варьирует от 60 до 80 тыс. долл.

Специфика централизованного планирования (с концентрацией ресурсов в центре) способствовала тому, что местные органы управления «выбирали» средства любыми способами для своих регионов. В результате составить сбалансированные программы развития материальной базы отрасли в условиях множества действовавших в то время постановлений не представлялось возможным.

Выделявшиеся финансовые ресурсы нередко оставались не освоенными именно на тех участках здравоохранения, где это было крайне необходимо с точки зрения народнохозяйственной социально-экономической эффективности. Противоречие между хозрасчетной и народнохозяйственной эффективностью привело к тому, что лечебно-диагностические, лабораторные и другие «некоечные» участки были введены в эксплуатацию несвоевременно.

Являясь по существу инструментом проведения в жизнь управленческих решений центральных органов власти, плановые органы фактически выполняли диспетчерские функции. В этих условиях система здравоохранения могла развиваться только в первоначально заданном направлении, обусловленном экстенсивными факторами развития.

В условиях перехода от директивного (централизованного) планирования, существовавшего при административно-распределительной системе, к рекомендательному (индикативному) планированию (успешно применяемому в странах с развитой рыночной экономикой) коренным образом меняется как суть самого планирования, так и содержание его методов, показателей и параметров. Прежде всего это проявляется в значительном усилении внимания к целенаправленному формированию финансово-стоимостных пропорций развития здравоохранения в тесной увязке с материальными и трудовыми ресурсами отрасли.

Под воздействием процессов децентрализации управления хозяйственной деятельностью, формирования многоукладности в организационной структуре системы лечебно-профилактического обслуживания, расширения самостоятельности и инициативы ее персонала меняется и механизм планирования этой отрасли.

В настоящее время наиболее значим в процессе планирования развития здравоохранения программно-целевой подход. Это означает, что разработке государственных и региональных программ по оздоровлению населения предшествует определение их четкой системы целей, которые должны быть достигнуты в результате выполнения программы. Сами программы разрабатываются и реализуются на основе научно обоснованных прогнозов и анализа достоверной санитарно-демографической информации. Отраслевые и территориальные программы «Здоровье» включаются в текущие и перспективные планы социально-экономического развития регионов и отраслей народного хозяйства. Планы научно-технического и лечебно-хозяйственного развития разрабатываются с учетом контрольных цифр и программных ориентиров ЛПУ, медицинских научных комплексов.

В условиях перехода на рыночные методы хозяйствования в числе обобщающих показателей деятельности объектов здравоохранения выступает уровень общей и инфекционной заболеваемости, временной нетрудоспособности, смертности населения и др. Поэтому основой планирования становятся долговременные экономические нормативы в расчете на численность жителей отдельных регионов. При этом учитываются демографические, социальные, экономические и экологические особенности развития на государственном и региональном уровне.

При планировании развития здравоохранения на макроуровне (т. е. Российской Федерации в целом) контрольной цифрой является величина норматива бюджетного финансирования, составляющая 7—8 % валового национального продукта. На региональном уровне суммарная контрольная цифра, включающая добровольные

взносы, обязательные платежи и штрафы, должна достигать 8—9 %.

Величины учитываемых нормативов затрат призваны возмещать материальные и приравненные к ним затраты (включая амортизационные отчисления) на оказание лечебно-профилактической помощи, формирование фонда оплаты труда, создание необходимой материально-технической базы и социальное развитие коллективов. Нормативы затрат должны также стимулировать инновационные процессы в системе лечебно-профилактического обслуживания.

Нормативы бюджетного финансирования разрабатываются на основе документов, согласованных с заинтересованными министерствами Российской Федерации (экономики, финансов, труда и занятости, а также социальной защиты населения). Долговременные экономические нормативы стабильны и утверждаются вышестоящими органами здравоохранения с учетом региональных условий применения нормативов. Для оперативного маневрирования средствами и проведения неотложных лечебных мероприятий органы здравоохранения вправе образовывать резервы денежных средств до 5 % ассигнований, выделяемых на содержание ЛПУ.

Важный элемент системы планирования и регулирования здравоохранительной деятельности — государственный заказ, который формируется за счет централизованных капитальных вложений для решения приоритетных медико-социальных и санитарно-профилактических проблем, ликвидации региональных диспропорций, ввода в действие новых объектов здравоохранения, реконструкции и модернизации действующих и т. д.

В условиях перехода здравоохранения к рыночным отношениям открывается возможность использовать отраслевые нормативы по труду, основанные на передовых технологиях лечебно-диагностического, оздоровительно-реабилитационного процессов. Это крайне важно, так как уровень обеспеченности медицинским персоналом отдельных учреждений здравоохранения, судя по результатам проведенного по заказу ЦК профсоюзов медицинских работников анализа, в 1991 г. составил 50—60 %.

Основой для оплаты труда работников здравоохранения в условиях медицинского страхования служат базовые показатели, принятые для расчета стоимости оказания услуг. Следовательно, если при существующих диспропорциях в обеспеченности ЛПУ персоналом (при расчете стоимости оказываемых услуг) за основу принять фонд оплаты труда фактически работающего персонала, то эти диспропорции исказят значения вновь рассчитанных показателей. В связи с этим при расчетах стоимости оказания услуг необходима процедура, позволяющая избежать искажения рассчитываемых показателей. Например, для расчета фонда оплаты труда персонала достоверные показатели могут быть получены при использовании нормативного метода. Последний основывается на 2 базовых показателях: существующем уровне оплаты труда (с учетом индексации) и нормативной численности персонала ЛПУ.

Такой подход дает возможность тем учреждениям, которые работают с большей нагрузкой (из-за неукomплектованности штата), располагать большим фондом оплаты труда, и наоборот, учреждения с численностью персонала, превышающей нормативную величину, будут заинтересованы в снижении количества работающих.

В условиях планирования производственно-хозяйственной деятельности учреждений здравоохранения большое значение имеют тарифы на медицинские услуги, от обоснованности которых во многом зависит эффективность деятельности учреждений отрасли. В условиях рынка эффективен метод формирования тарифов на медицинские услуги, исходя из так называемых нозологических нормативов (КСГ болезней), так как это позволяет контролировать расценки не только на оказываемые услуги, но и на медицинские технологии.

Единственно надежный способ контроля цен на рынке медицинских услуг — это государственное регулирование процессов формирования соответствующих тарифов. До настоящего времени метод прямого калькулирования затрат на лечебно-профилактические услуги применяли исключительно в системе государственных платных учреждений. Переход к прогрессивной системе медицинского страхования, которая ограничивает коммерческий механизм функционирования учреждений здравоохранения с различной формой собственности, произойдет по мере разработки нозологических нормативов и единых стандартов медицинской помощи. В зависимости от формы страхования расходы на медицинское обслуживание могут оплачивать (целиком или частично) предприятия, содержащие лечебные учреждения на своем балансе.

В связи с этим практическое значение приобретают процесс разгосударствления и дифференциация форм собственности объектов здравоохранения. Многообразие форм собственности создает принципиально новые условия оказания лечебно-профилактической помощи населению, так как деятельность приватизированных и вновь созданных учреждений осуществляется в условиях конкуренции. Это порождает необходимость повышения качества оказываемых лечебно-профилактических услуг, снижения затрат на эти услуги.

Таким образом, совершенствование планирования и регулирования здравоохранения в условиях перехода к рыночным отношениям будет способствовать оздоровлению населения и развитию финансовой базы отрасли, повышению социальной защищенности граждан, их психологической и материальной заинтересованности в охране (укреплении) собственного здоровья.

4.3. Разработка бизнес-плана объекта здравоохранения

Система страхового здравоохранения гораздо чувствительнее, чем бюджетная медицина, реагирует на действие законов рыночной экономики. Поэтому при организации страхового здравоохранения необходимо определить перспективы деятельности объек-

тов отрасли, исходя из целей получения максимального экономического эффекта их функционирования. Особенно актуальна данная проблема для страховых медицинских компаний и новых организационно-правовых форм медицинских учреждений.

Максимальную эффективность объектов здравоохранения во многом обеспечивает бизнес-планирование. Бизнес-план представляет собой соответствующее технико-экономическое обоснование деятельности и перспектив развития объекта здравоохранения. При его разработке в большей мере учитываются специфика рыночной экономики, условия конкуренции и стремление объекта здравоохранения привлечь максимально широкий круг потребителей своих услуг. Поэтому при разработке бизнес-плана требуется глубокое исследование проблем и условий продвижения различных видов лечебно-профилактических и оздоровительных услуг, а также медицинских изделий, лекарственных препаратов к потребителям.

Структура бизнес-плана и степень его детализации зависят от размеров объекта здравоохранения, объема оказываемых услуг, уровня диверсификации деятельности и т. д., состав бизнес-плана — от размеров предполагаемого рынка сбыта медицинских услуг, наличия конкурентов и перспектив развития объекта здравоохранения.

Бизнес-план важен как для администрации и сотрудников объекта здравоохранения, так и для потенциальных инвесторов, так как позволяет рассчитать перспективность (экономическую и финансовую целесообразность) будущих инвестиций в развитие объекта здравоохранения.

Таким образом, бизнес-план, во-первых, содержит ориентиры деятельности объекта здравоохранения; во-вторых, дает возможность определить степень его устойчивости в условиях конкуренции и, в-третьих, служит важным инструментом получения финансовых средств от внешних инвесторов.

Составляя бизнес-план, надо стремиться с максимальной степенью достоверности оценить такие важные экономические категории, как доходы, расходы, себестоимость, прибыль, денежная наличность и т. д. Такая оценка необходима на всех стадиях функционирования объекта здравоохранения. В случае, если исходные данные отсутствуют, то используют прогнозные оценки.

Составление бизнес-плана позволяет реально оценить шансы объекта здравоохранения в достижении поставленных целей. Разрабатывая бизнес-план, необходимо четко оценить, на какие категории населения рассчитаны новые медицинские услуги.

При разработке бизнес-плана может быть установлено, что в данных условиях объект здравоохранения функционировать не сможет. Это означает необходимость поиска внутренних резервов, путей нейтрализации негативных внешних факторов, оказания новых конкурентоспособных медицинских услуг и т. д.

Примерная структура бизнес-плана объекта здравоохранения включает в себя следующие разделы:

1) вводная часть бизнес-плана, в которой излагаются основные положения предлагаемого проекта;

2) анализ положения дел в отрасли, охватывающий текущую ситуацию;

3) описание медицинских услуг и продукции, которые предполагается производить по мере реализации проекта. Здесь же рассчитывают требуемые помещения производственного и служебно-бытового назначения, а также необходимую численность административно-управленческого и медицинского персонала, дают сведения об объекте здравоохранения и его партнерах;

4) подробное описание и обоснование процесса производства медицинских услуг и товаров, представленное в производственном плане. При этом особое внимание обращается на те фазы производственного цикла, выполнение которых поручается подрядчикам;

5) план маркетинга, включающий анализ и обоснование цен на производимые услуги (продукцию), каналов сбыта, разработку рекламных мероприятий, прогнозирование объемов оказания медицинских услуг и объемов выпуска медицинской продукции;

6) организационный план, определяющий форму собственности объекта здравоохранения и отражающий сведения о партнерах, членах руководящего состава объекта здравоохранения, меру их ответственности. В этом же разделе приведена организационная структура объекта здравоохранения и указано распределение обязанностей по функциям управления;

7) оценка степени риска, отражающая слабые стороны объекта здравоохранения, уточняющая возможность появления новых технологий по производству аналогичных медицинских услуг и товаров. Кроме того, здесь даны описание и анализ альтернативных стратегий деятельности объекта здравоохранения;

8) финансовый план, включающий в себя баланс доходов и расходов объекта здравоохранения, план денежных поступлений и платежей; балансовый план; источники и использование средств объекта здравоохранения.

В качестве дополнения к бизнес-плану прилагают копии контрактов и лицензий, а также документов, из которых взяты исходные данные для составления бизнес-плана; прейскуранты поставщиков и т. д.

Бизнес-план начинается с краткого описания сути предлагаемой программы действий, которая должна излагаться четко, кратко и логично, простым и ясным языком. В этом случае основные идеи бизнес-плана будут понятны широкому кругу лиц — учредителям страховой медицинской организации (компании, акционерного общества), представителям различных фирм, ассоциации и банков.

Психологические аспекты бизнес-планирования, т. е. та степень воздействия, которую оказывает разработанный бизнес-план на персонал данного объекта здравоохранения (организации, учреждения, ассоциации), определяет и степень заинтересованности работников в достижении наивысших конечных результатов. Та-

ким образом, бизнес-планирование непосредственно влияет на мотивационные характеристики процесса управления организацией (учреждением).

Важным разделом бизнес-плана является определение финансовых результатов, которые могут быть получены за счет реализации программы развития объекта здравоохранения. Для этого рассчитывают не только планируемый объем поступлений от реализации предлагаемых медицинских услуг (товаров) на перспективный период, но и основные экономические показатели деятельности объекта здравоохранения.

Определяют, в частности, величину единовременных и текущих затрат, связанных с оказанием предполагаемых лечебных, оздоровительно-профилактических услуг (производство товаров и изделий), показатели эффективности капитальных вложений, в том числе окупаемости, уровень рентабельности и ряд других. Если для развития объекта здравоохранения необходимо взять заемные средства (включая банковский кредит), то устанавливается срок возврата кредита.

При разработке бизнес-плана, подробно описывая те виды услуг, которые объект здравоохранения намерен предложить пациентам, уместно указать пути практической реализации этих услуг. Это возможно только в том случае, если у данного объекта здравоохранения уже имеются соответствующие наработки в конкретной области. Имеющийся «задел» позволяет судить о перспективах и сроках появления на рынке конкурентоспособных медицинских услуг, предлагаемых в бизнес-плане, оценить степень реальности намечаемой программы. В данном разделе бизнес-плана подробно описывается также уровень сервиса оказываемых услуг. Очевидно, что в условиях конкурентного рынка определенного вида медицинских услуг на сферу их распространения существенно могут влиять уровень сервиса и другие факторы, в первую очередь экономические. Поэтому необходимо оценить ориентировочную стоимость предоставляемой услуги, затраты на ее оказание и уровень рентабельности.

В разделе бизнес-плана, посвященном маркетингу и оценке рынка сбыта медицинских услуг, а также лекарственных средств, изделий, изложены задачи достижения экономической эффективности деятельности объекта здравоохранения в условиях рынка. Более подробно маркетинг медицинских услуг и лекарственных средств изложен выше в главе III. Здесь же остановимся только на тех принципиальных положениях маркетинга, которые важны с точки зрения понимания процесса разработки бизнес-плана объекта здравоохранения.

В сферу задач маркетинга входит управление рыночным спросом и эффективное на него воздействие. Для этого при разработке бизнес-плана собирают и систематизируют данные, касающиеся окружающей среды объекта здравоохранения, включая вопросы взаимоотношений с партнерами и конкурентами на рынке медицинских услуг. На основе анализа дают рекомендации по совершен-

ствованию его деятельности, прогнозируют спрос на соответствующие услуги и планируют деятельность организации по совершенствованию процесса оказания лечебно-профилактических услуг.

В медицине маркетинг следует понимать, воспринимать и применять, конечно, иначе, чем в других сферах экономики. Недопустимо механическое перенесение всех его методов и приемов на столь социально «тонкую» область экономики, как организация лечебно-профилактической деятельности. Однако многие традиционные способы маркетинговой работы вполне приемлемы для совершенствования принципов организации здравоохранения с учетом специфики его клинико-диагностических и лечебных процессов, целей и задач. При этом для маркетинга применительно к объекту здравоохранения характерны не только торгово-сбытовые аспекты, но и социальные, психологические, даже морально-этические, связанные со здоровьем, благополучием человека и качеством его жизни.

При разработке раздела бизнес-плана, посвященного маркетингу, важно оценить ту рыночную нишу, которую заполняет данный вид лечебно-профилактических, санитарно-оздоровительных услуг (лекарственные препараты, медицинские товары), а также представить о них объективную информацию. Кроме того, необходимо рассчитать соответствующие цены и сравнить их с ценами конкурентов. В дальнейшем это поможет избежать непредвиденных трудностей в процессе доведения услуг (медикаменты, изделия) до застрахованного больного.

В бизнес-плане следует детально описать стратегию маркетинга, которая включает схему распространения предполагаемых услуг (медикаменты, товары), методику ценообразования на услуги, способы проведения и масштабы рекламной компании, включая расчет затрат на рекламу. При разработке стратегии маркетинга надо также наметить методы, стимулирующие увеличение объема реализации медицинских услуг, лекарственных средств и изделий, а также улучшение качества.

Объективное знание потребностей в медицинской помощи позволяет приблизить ее к населению, рациональнее организовать деятельность объектов здравоохранения, поднять эффективность и качество их работы, оптимально использовать имеющиеся ресурсы, повысить степень доверия к врачам, достичь доброжелательного отношения к лечебному учреждению (страховая организация, компания). Это необходимо для выработки долгосрочной стратегии охраны и улучшения здоровья населения. Игнорирование политики инвестиций в долговременные программы «Здоровье» обуславливает увеличение расходов как в рамках отдельного объекта здравоохранения, так и всей отрасли в целом.

Объективная оценка потенциала учреждения здравоохранения, являясь существенным этапом разработки бизнес-плана, необходима для анализа имеющихся мощностей в производстве услуг (лекарственных препаратов, изделий), составления баланса производственных мощностей, на основе которого следует опреде-

лительность обеспеченность лечебным оборудованием, нужными медикаментами и установить требуемый уровень профессионального мастерства медицинского персонала.

Перспективы развития объекта здравоохранения в бизнес-плане оценивают обычно на 2—3 года. При этом целесообразно разработать организационно-правовую схему взаимодействия различных служб (подразделений) объекта здравоохранения, а также отразить механизм координации их деятельности. Кроме того, должны быть проработаны вопросы оплаты труда и материального стимулирования работающих.

В бизнес-плане необходимо осветить вопросы правового статуса объекта здравоохранения. В соответствии с Законом РФ «О предприятиях и предпринимательской деятельности» объект здравоохранения может выступать в форме государственного или муниципального предприятия, индивидуального (семейного) частного предприятия, полного товарищества, смешанного товарищества, товарищества с ограниченной ответственностью, акционерного общества открытого и закрытого типа. Такая проработка организационно-правового статуса объекта здравоохранения позволяет максимально учесть интересы возможных совладельцев данной организации (предприятия), рассчитать вероятный уровень прибыли от вложенного капитала.

Неотъемлемой частью бизнес-плана является оценка риска и разработка мероприятий по минимизации потерь в случае его наступления. Таким образом, здесь изыскиваются возможные способы страхования риска. По степени глубины анализа возможных рисков, детального изучения различных вариантов медицинского страхования можно судить об уровне квалификации разработчиков бизнес-плана. Следовательно, данная часть программы бизнес-планирования в наибольшей мере определяет уровень доверия партнеров к данному объекту здравоохранения. Особенно это касается программы действий по реализации бизнес-плана.

Заключительный раздел бизнес-плана содержит анализ вопросов, касающихся финансового планирования деятельности объекта здравоохранения, для чего прогнозируют объем реализации товаров и услуг, баланс денежных расходов и поступлений, составляют таблицы доходов и затрат, сводный баланс активов и пассивов, а также анализируют безубыточность предлагаемых мероприятий.

Прогноз объемов реализации лечебно-профилактических услуг, лекарственных препаратов (товаров) составляют обычно на 3 года. Общий объем их продажи свидетельствует о росте потребностей в аппаратуре и оборудовании, кадрах. На основе этого может быть оценена потребность во вложениях средств в новое строительство, закупку медицинской техники, подготовку кадров, рекламу и другие расходы. По балансу денежных доходов и расходов, помогающему определить стоимость проекта на отдельных его этапах, проверить степень их сбалансированности по времени поступления и расходования, судят о степени отработанности вопросов, связанных с обеспечением ликвидности (оперативная обратимость активов объекта здравоохранения в денежные средства).

Подробные таблицы доходов и затрат позволяют в динамике оценить величину предполагаемой прибыли объекта здравоохранения, а сводный баланс активов и пассивов — выявить, за счет каких конкретных финансовых источников будут вложены те или иные средства. С помощью анализа безубыточности, отражающего степень влияния на прибыль объемов производства услуг (медикаментов, изделий), себестоимости и цены на них, определяют точку безубыточности, т. е. тот объем оказания медицинских услуг (производства лекарственных средств и медицинских товаров), при котором выручка от реализации услуг покрывает себестоимость оказываемых услуг (производимых изделий).

Бизнес-планирование завершается анализом стратегии финансирования, источников получения необходимых ресурсов (их объем, формы поступления), а также расчетом показателей эффективности вложенных средств.

4.4. Аудиторский контроль деятельности объектов здравоохранения

В современных условиях объем финансового контроля деятельности объектов здравоохранения значительно возрастает. Кардинальным образом меняются его функции и методы организации, а также способы проведения ревизий и проверок финансово-хозяйственной деятельности.

Наряду с традиционными функциями финансового контроля, такими, как ревизия кассы, кассовых и банковских документов; правильность расходования средств на оплату труда; приобретение медикаментов, мягкого инвентаря, оборудования, продуктов питания и др., появились новые функции финансового контроля. Одно из ведущих мест стал занимать анализ не только взаимоотношений ЛПУ с коммерческими структурами, но и собственной хозрасчетной деятельности.

Поэтому функционирование лишь налоговой службы не решает всех проблем укрепления финансовой дисциплины. Требуется контроль как за полнотой поступления денежных средств в бюджет доходов, так и тщательная проверка эффективности их исполнения, включая собственные финансовые ресурсы учреждения (организации).

Эта задача в условиях рыночной экономики решается, в частности, созданием рынка аудиторских услуг. Аудит — это система независимого финансового контроля деятельности того или иного субъекта рыночных отношений. При этом исходят из взаимной заинтересованности в обеспечении достоверности учета и отчетности руководства учреждения (организации), с одной стороны, и аудитора — с другой. Представители хозрасчетных (страховых) структур получают возможность пользоваться услугами независимого ревизора, а государство — обеспечивать контроль за достоверностью финансовой отчетности.

Являясь инструментом контроля финансово-хозяйственной де-

тельности, аудит ориентирован на защиту интересов как государства, так и различных организационно-правовых структур, осуществляющих свою деятельность в любой форме собственности в соответствии с действующим законодательством. Система аудита позволяет совершенствовать процедуру экономического анализа, учета и отчетности объектов здравоохранения.

Коммерческая основа института аудиторов обеспечивает независимость экспертизы и анализа финансовой отчетности хозяйственного субъекта любой организационно-правовой формы. По существу аудиторские функции сводятся не столько к контролю, сколько к правильному, законному и достоверному осуществлению экспертизы (с точки зрения реальности налогообложения), оказанию консультационных услуг в области бухгалтерского учета и права. За нереальную или искаженную отчетность аудитор несет юридическую ответственность.

Аудиторские заключения имеют практическое значение для любых организационно-правовых форм ЛПУ, функционирующих в здравоохранении, страховых медицинских компаний и являются обязательным элементом их отчетности. Объективность действий заказчика аудитор оптимизирует в рамках закона с целью достижения максимальной экономической результативности анализируемого учреждения, предупреждения материального ущерба из-за штрафных санкций и др.

В институте аудиторов должны быть специалисты, хорошо знающие бухгалтерский учет, финансовое и хозяйственное право. Аудитор имеет доступ к коммерческим тайнам, поэтому он должен обладать не только высоким уровнем профессионализма, но и соответствующими моральными качествами. Цели страховых медицинских организаций, хозрасчетных учреждений, с одной стороны, и аудиторов — с другой совпадают с точки зрения улучшения процессов хозяйствования.

Разовые проверки ЛПУ, страховых медицинских структур завершаются, как правило, разработкой рекомендаций по объективизации финансовой и коммерческой деятельности. При абонементном обслуживании аудиторская служба подтверждает годовой баланс проверяемых учреждений, организаций.

По мере развития процесса приватизации объектов здравоохранения сфера аудиторской деятельности расширяется.

С самостоятельными хозяйствующими субъектами деловые отношения аудиторской фирмы основываются на кратко- и долгосрочных договорах, в которых отражены консультационные услуги по вопросам бухгалтерского учета и налогообложения, управления финансовой деятельностью и инвестициями; создание (ликвидация) объектов здравоохранения различных организационно-правовых форм и т. д.

В ходе подготовки и организации ревизий (проверок) осуществляется поиск так называемых рискованных зон, т. е. определение наиболее вероятных случаев злоупотребления и упущения (дефектов) в работе. Такой подход не только сокращает сроки ревизий, но и делает их более результативными.

В условиях становления товарно-денежных форм хозяйствования ревизия реального движения денежных средств, оценка эффективности их использования, выделение «рисковых зон» существенно облегчают решение стратегических задач ревизорской проверки объектов здравоохранения. Выделяя области риска, т.е. те операции финансовой деятельности, которые заслуживают более внимательной проверки, аудиторский контроль дает возможность эффективно выявлять недостатки (упущения), а порой и злоупотребления руководства и персонала учреждений здравоохранения. В этом случае сокращаются затраты на проведение контрольных мероприятий и повышается окупаемость ревизий.

Ревизии предшествует ряд этапов: отбор объекта, его обследование и экспертиза, составление программы проверки. «Зоны риска» возникают при недостаточной компетентности руководства объектов здравоохранения, в том числе при отсутствии должной его ответственности, нехватке финансовых средств, неэффективном расходовании ресурсов и использовании технологического потенциала ЛПУ, страховой медицинской организации. Методы поиска «зон риска» для бюджетных организаций и коммерческих структур различны. К тому же для каждого объекта аудиторской проверки существуют специфические приемы поиска «зон риска».

В этих целях рекомендуется комплекс показателей аналитической оценки финансового состояния учреждения (организации), степени его платежеспособности. Кроме того, проверяется правильность формирования прибыли (дохода) при расчетах с госбюджетом, а также финансовых результатов от реализации медицинских услуг.

Виды контроля (в зависимости от форм собственности, источников финансирования учреждений, организаций) подразделяются на государственный, общественный аудиторский (независимый платный), ведомственный (фирменный) и внутренний (внутрихозяйственный). Внутренний и внешний аудиторский контроль зависит от того, производится он самим учреждением или финансовую отчетность фирмы (компаний) проверяет государственный контрольный орган.

Аудиторскую проверку учреждений негосударственного сектора здравоохранения проводят по различным направлениям:

- медико-технологическая деятельность; определение соотношения производственных затрат и получаемых конечных результатов; разработка рекомендаций по повышению эффективности работы ЛПУ, страховых компаний, акционерных обществ, медицинских кооперативов и других организационно-правовых структур;
- независимая экспертиза доходов и расходов;
- соблюдение законодательства и экономической дисциплины.

В настоящее время основные направления аудита связаны с проверкой банковской, страховой, акционерной и других видов деятельности учреждений (организаций).

В отрасли здравоохранения оперативный и статистический бухгалтерский учет ведется в соответствии с действующим законода-

тельством, требованиями соблюдения порядка ведения и достоверности учета и отчетности. Форму бухгалтерского учета и способы обработки учетных данных могут избирать объекты отрасли самостоятельно, но при этом соблюдая методологическое единство учета, которое обеспечивается едиными формами бухгалтерской отчетности. Независимо от способа организации учета и обработки информации о хозяйственных операциях (ее обобщения в стоимостных показателях) требуется обеспечить:

- контроль за сохранностью имущества и товарно-материальных ценностей медицинского учреждения (предприятия);
- соблюдение финансовой дисциплины;
- достоверность в выполнении законодательных норм при исчислении фактической себестоимости оказываемых услуг (работ, выпускаемой продукции);
- своевременность и правильность расчетов с бюджетом;
- определение финансовых результатов деятельности и их анализ, выявление внутренних резервов.

Бухгалтерская служба объекта здравоохранения может основываться (в зависимости от конкретных условий его деятельности) на централизованной, децентрализованной или смешанной форме организации.

При централизованной форме учета все виды работ, сосредоточиваясь в одном подразделении, обеспечивают рациональную организацию работы разных участков учета и контроля за деятельностью главного бухгалтера.

При децентрализованной форме учета создаются филиалы бухгалтерской службы в подразделениях объектов здравоохранения, где последовательно поэтапно выполняется учетная работа, включая составление бухгалтерского баланса, данные которого включают в общий баланс ЛПУ.

Смешанная форма ориентируется на составление отдельных балансов лишь по наиболее крупным подразделениям объекта здравоохранения. Существуют и такие варианты организации бухгалтерской службы, при которых разные ее подразделения выполняют строго определенную часть учетных работ.

При организации бухгалтерской службы в современных условиях наиболее целесообразна и перспективна ее централизация, обеспечивающая максимально полное единство всего комплекса учетных работ.

Роль аудиторской деятельности возрастает в связи с появлением экономически самостоятельных объектов здравоохранения, развитием многоукладности форм собственности. Аудит необходим также акционерным медицинским обществам и предприятиям, производящим изделия медицинского назначения. Для нормального функционирования любого предприятия необходимо иметь кредит доверия акционеров, финансово-кредитных учреждений, государственной налоговой инспекции и других субъектов предпринимательской деятельности, что обеспечивается в первую очередь достоверностью публикуемых предприятиями балансов.

Аудиторская фирма на основании предварительно проводимой и независимой экспертизы подтверждает достоверность публикуемого баланса. При этом фирма несет юридическую и материальную ответственность за объективность проверяемых данных. В процессе аудиторского контроля выполняются следующие виды работ:

- анализ заключаемых договоров (подрядов, трудовых соглашений, контрактов) объекта здравоохранения со сторонними организациями с точки зрения их юридической правомерности и правильности заполнения;

- проверка состояния учета основных средств, материалов, малоценных и быстроизнашивающихся предметов; начисление износа и амортизации; проверка сохранности и использования основных средств и товарно-материальных ценностей;

- ревизия и учет кассы и кассовых операций;

- анализ состояния учета банковских и валютных операций, валютных счетов;

- проверка расчетов по оплате труда с подотчетными лицами и по авансам (с дебиторами и кредиторами);

- анализ затрат на производство услуг (изделий); проверка правильности отнесения затрат на себестоимость медицинских услуг, выпускаемых изделий и выполняемых работ;

- проверка правильности расчетов с государственными налоговыми органами и органами социального страхования;

- анализ финансового состояния объектов здравоохранения и разработка рекомендаций по повышению финансовой устойчивости анализируемого объекта.

Важнейшим направлением аудиторской экспертизы является проверка правильности отнесения затрат на производство лечебно-профилактических услуг (работ). Иногда на предприятиях негосударственного сектора экономики, в том числе и в здравоохранении, допускается необоснованное списание затрат на производство услуг. Вследствие этого искажаются финансовые результаты, занижается налогооблагаемая прибыль. Нередко коммерческие структуры в здравоохранении не ведут полного учета фактически реализованных услуг. Выплаченные предприятиями и организациями в счет будущих медицинских услуг авансы учитываются в бухгалтерском балансе коммерческой структуры как доходы, в то время как сами медицинские услуги в дальнейшем не всегда оказываются в полном объеме. При этом не производятся также необходимые перерасчеты с предприятиями, которые сделали авансовые перечисления ЛПУ. Подобные нарушения наблюдаются и на арендных (акционерных) медицинских предприятиях.

Так, в ходе аудиторской проверки одного из московских медицинских кооперативов было установлено, что кооператив не возвратил 205 тыс. руб. 11 предприятиям из 95 за фактически неоказанные услуги. Перечисленные предприятиями деньги кооператив израсходовал на собственные нужды, в том числе половина средств была направлена на оплату труда работников этого кооператива. К тому же в кооперативе отсутствовал должный бухгалтерский отчет, что привело к искажению

государственной отчетности. Например, в отчет за 9 мес 1991 г. кооперативом был включен валовой доход в сумме 327,4 тыс. руб. без соответствующего поступления средств на счета предприятий. В I квартале 1991 г. доход был завышен на 51,8 тыс. руб., во II — на 104,1 тыс. руб., в III — на 157,1 тыс. руб. и в IV — на 205 тыс. руб., причем авансы были отнесены на доходы без последующего предоставления необходимого объема услуг. В результате произошло искажение реальной суммы доходов на 532 тыс. руб. за 1991 г.

В ходе аудиторской проверки нередко вскрываются факты неправомерной ликвидации дебиторской задолженности — списание средств в расход. Так, бухгалтерией одной из наркологических больниц в Москве в годовом балансе подобным способом была устранена дебиторская задолженность на сумму 2,2 млн. руб.

В процессе выполнения контроля различных видов деятельности ЛПУ аудитор-ревизор имеет право:

- проверять денежные, бухгалтерские и другие первичные документы, наличие денег, ценностей и ценных бумаг;
- требовать все необходимые для проверки документы, справки и расчеты;
- получать доступ к служебным помещениям, местам хранения оборудования, аппаратуры, лекарственных средств, вспомогательно-техническим мастерским и т. д.

В процессе аудита хозяйственной деятельности учреждений здравоохранения анализируются:

- программы и уставная деятельность, правильность формирования уставного фонда и его использования;
- условия хозяйственных договоров и корректность оперативного учета договорных обязательств;
- выполнение обязательств по улучшению качества услуг (изделий, товаров);
- система ценообразования и реализация цен на оказываемые виды услуг (изделий, продукции) и т. д.

Особое место в системе аудиторского контроля занимает учет затрат на производство лечебно-профилактических услуг, ревизия кассы и кассовых операций, а также сохранности материальных ценностей в процессе финансово-хозяйственной деятельности учреждений (организаций, предприятий), так как в большинстве случаев денежные средства присваивались именно по этим каналам. Кроме того, в процессе аудита проверяют банковские и расчетно-кредитные операции.

Проверка и учет затрат на производство медицинских услуг (изделий) основываются на изучении первичной документации, в которой отражены все операции по выполняемым работам и услугам (выпускаемой продукции). Состав затрат, включаемых в издержки производства, определяют в соответствии с утвержденными положениями по планированию, учету и калькулированию себестоимости предоставляемых услуг (выполняемых работ), а также по правилам, установленным для основного (преобладающего) вида деятельности или в соответствии с утвержденными положениями. В первую очередь это относится к ситуациям, когда ЛПУ имеет

достаточно высокий уровень диверсификации, т. е. одновременно осуществляется несколько видов деятельности: лечебно-диагностическая, оздоровительно-спортивная, торговая, строительная и пр.

Контроль за объективностью учета затрат на производство услуг и работ предполагает проверку:

- своевременного обеспечения полного и достоверного отражения фактических затрат на счета производства по отчетным периодам;

- используемых ресурсов (материальных, финансовых, кадровых);

- соблюдения установленных смет расходов на содержание коечного фонда и больных, должностных окладов, тарифных ставок, премирования и оплаты труда;

- обоснованности списания непроизводительных расходов и потерь;

- начисления износа на основные средства и нематериальные активы списания отклонений (производимых расходов) от учетных цен по товарно-материальным ценностям и естественной убыли сырья, изделий, оборудования и т. д.; обоснованности включения в себестоимость услуг (продукции, работ);

- расходования средств на маркетинг, включая рекламу и участие в выставках (ярмарках);

- правильности заполнения документов по экспортно-импортным операциям;

- командировочных и представительских расходов и т. д.

При этом особое внимание обращают на обоснованность произведенных расчетов и наличие документов, подтверждающих расходы (счета, чеки магазинов, ресторанов и т. д.).

Главной особенностью ревизии кассы является внезапность проверки наличных денег, ценных бумаг и бланков строгой отчетности (находящихся в кассе). Контроль производится тотчас по прибытии ревизора в коммерческое учреждение (предприятие) — до начала документальной проверки денежных и других операций.

В ходе проверки кассы в присутствии кассира и главного бухгалтера соблюдается следующий порядок:

- доступ в кассу посторонних лиц во время ревизии не разрешается;

- все кассовые операции прекращаются на время проверки. При наличии нескольких касс аудитор их печатывает. При этом ключи остаются у кассира, а печать — у аудитора;

- подсчет наличных денег и ценных бумаг в кассе осуществляет аудитор в присутствии кассира и главного бухгалтера.

После подсчета составляется отдельный (промежуточный) акт о сумме денежных средств, выявленных проверкой. Акт подписывают аудитор, главный бухгалтер и кассир. Все хранящиеся в кассе наличные деньги и другие ценности считаются принадлежащими проверяемому учреждению (предприятию).

В акте проверки кассы отмечается наличие излишка или недостачи денежных средств. О причинах излишка или недостачи кас-

сир представляет письменное объяснение. При обнаружении злоупотреблений в значительных размерах кассир должен быть немедленно отстранен от должности, а дела должны быть переданы следственным органам. Правильно оформленные кассовые документы передают кассиру для составления отчета и указания в нем остатка на момент проверки. Если на момент проверки в кассе имеются ведомости, по которым выплата зарплаты произведена частично, главный бухгалтер и кассир закрывают эти ведомости в установленном порядке, оформляют на них кассовый расходный ордер и включают его в отчет кассира.

Ревизуются также хранящиеся в кассе чековые (в том числе лимитированные) книжки для получения наличных денег, бланки строгой отчетности, путевки в санатории и дома отдыха, проездные билеты и другие денежные документы. Одновременно проверяют сейфы (их опечатание, обеспечение охранной сигнализацией), несгораемые шкафы, возможность доступа в кассу посторонних лиц, а также наличие штампов («получено», «оплачено»); кассовые документы подвергают сплошной проверке.

Особенно тщательно контролируют полноту и своевременность оприходования денег из банка по каждому чеку. Деньги нельзя проверять только по корешкам чеков. Необходим контроль по выпискам банка (код, соответствующий получению наличных денег).

В ходе проверки кассовых операций аудитор при внезапной ревизии кассы контролируемого учреждения обращает внимание на:

- ежедневную сдачу кассиром кассовых отчетов в бухгалтерию, наличие расписок главного бухгалтера (его заместителя) на кассовых отчетах о проверке и принятии документов к ним;

- целевое назначение полученных из банка денег на выдачу зарплаты, командировки и хозяйственные расходы; соответствие кассовых остатков лимиту;

- своевременность возвращения в банк остатков денежных средств по невыданной зарплате; сдачу в банк выручки от реализации материальных ценностей за наличный расчет, других поступлений в кассу;

- выдачу наличных денег посторонним лицам без доверенности.

Кроме того, выявляют случаи подписей расходных кассовых документов только одним руководителем проверяемого учреждения или одним главным бухгалтером, подписей руководителем и главным бухгалтером незаполненных чеков, их выдачи кассиру для самостоятельного заполнения при получении денег в банке и т. д.

В процессе аудиторского контроля сохранности и использования материальных ресурсов исходят из необходимости:

- обеспечения надлежащей системы материальной ответственности за их сохранность;

- классификации основных средств в зависимости от их функциональной роли в процессе производства услуг (изделий);

— механизации и автоматизации учета операций в соответствии с движением основных средств.

Практика ревизий показывает, что в учреждениях здравоохранения особое внимание следует обращать на контроль за приобретением и расходованием медикаментов и продуктов питания, правильностью цен на медикаменты.

При проверке банковских операций, произведенных по расчетному и валютному счетам в учреждениях банка, контролируют соответствие сумм по выпискам банка и сумм, указанных в приложенных платежных документах. Каждую операцию, отраженную в выписке банка, подтверждает соответствующий платежный документ (счет, платежное поручение, требование и т. д.). Банковские выписки проверяют одновременно с ревизией банковских документов по произведенным операциям. При этом устанавливают правильность:

— перечисления авансов и платежей по бестоварным счетам и другим незаконным операциям;

— своевременного использования банковских ссуд под сезонное накопление товарно-материальных ценностей, достоверность представляемых документов на получение ссуд;

— отражения в учете и законность использования полученных из банка лимитированных и нелимитированных чековых книжек (порядок их учета);

— операций с аккредитивами. Кроме того, выясняют, не вызваны ли такие расчеты неплатежеспособностью ЛПУ (кооператив, страховая медицинская организация).

Ревизии подлежит законность операций по открываемым текущим счетам уполномоченных лиц (производителей услуг, работ) для выплаты зарплаты на месте и других целевых расходов, качество и обоснованность самих документов.

Проверяют возможные нарушения денежных средств акцептованными поручениями при их перечислении через почтовые отделения связи; при переводах суммы текущей и депонированной зарплаты — обоснованность переводов, их правильность и достоверность в перечне адресов получателей; полноту зачисления денежных средств учреждения в иностранной валюте на его валютные счета, а также выполнение обязательств по оказанию услуг в заданном их ассортименте и качестве, соблюдение платежной дисциплины, дебиторско-кредиторскую задолженность, оборачиваемость оборотных средств, финансовое состояние ЛПУ (страховая медицинская организация, кооператив).

Аудиторская проверка расчетно-кредитных операций направлена на укрепление расчетной и договорной дисциплины.

Таким образом, в условиях кардинального реформирования объектов здравоохранения можно более эффективно решать планово-экономические и управленческие задачи их финансово-хозяйственной деятельности. Усовершенствованная система учета и отчетности позволяет оперативнее получать качественную информацию о ходе реальных экономических процессов в учреждениях

отрасли, сохранности товарно-материальных ценностей, что дает возможность эффективнее, с меньшими затратами и соблюдением законодательства повышать уровень лечебно-профилактической деятельности.

Глава 5

СОЗДАНИЕ МЕХАНИЗМА СТРАХОВОЙ МЕДИЦИНЫ В РОССИИ

5.1. Необходимость перехода к страховой медицине

В комплексе проводимых в настоящее время социально-экономических реформ важнейшее место занимает развитие страховой медицины, переход к которой обусловлен спецификой рыночных отношений в здравоохранении и развитием сектора платных услуг. Медицинское страхование позволяет каждому человеку напрямую сопоставлять необходимые затраты на охрану здоровья с состоянием собственного здоровья. Соизмерять потребность в медицинской помощи и возможность ее получения следует вне зависимости от того, кем произведены затраты: непосредственно индивидуумом, предприятием, предпринимателем, профсоюзом или обществом в целом.

В мировой практике организации медико-санитарного обслуживания сложились 3 основные системы экономического функционирования здравоохранения — государственная, страховая и частная:

- **государственная система** основана на принципе прямого финансирования ЛПУ и гарантирует бесплатную медицинскую помощь;

- в основу **страховой системы** заложен принцип участия граждан, предприятий или предпринимателей в финансировании охраны здоровья напрямую или через посредничество страховых медицинских компаний (организаций);

- **частная медицина** в настоящее время представлена частнопрактикующими врачами, клиниками и больницами, находящимися в частной собственности. Их финансирование осуществляется за счет платного медицинского обслуживания пациентов.

В экономико-социальном отношении переход на страховую медицину в России является объективной необходимостью, которая обусловлена социальной незащищенностью пациентов и работников отрасли, а также ее недостаточной финансовой обеспеченностью и технической оснащенностью. Низкий уровень заработной платы медицинских кадров, выплачиваемой из бюджетных средств, способствовал социальной незащищенности работников государственного здравоохранения. Неудовлетворительная обеспеченность объектов здравоохранения оборудованием и инструментарием, медикаментами, большая степень износа существующего медицинского оборудования свидетельствовали об их невысоком организационно-техническом уровне.

Кризис экономики страны привел к падению производства изделий медицинского назначения, разрыву кооперационных и внешнеэкономических связей (в том числе и с бывшими странами — членами СЭВ), закрытию ряда нерентабельных объектов медицинской промышленности. Разрыв хозяйственных связей вызвал неблагоприятную ситуацию со снабжением государственных лечебных учреждений лекарственными средствами, современной медицинской техникой.

Растущий дефицит бюджета обусловил нехватку финансовых средств, обострение ситуации в отраслях, финансировавшихся по остаточному принципу, а слабая моральная и материальная мотивация труда медицинского персонала — снижение качества лечебно-профилактической помощи, «инфляцию» звания врача и клятвы Гиппократу. Этому способствовали также рост цен и дефицит товаров народного потребления, бытовая неустроенность работников отрасли.

Переход на новые методы хозяйствования позволил активизировать и позитивные факторы в здравоохранении. В первую очередь речь идет о возрождении религиозных и благотворительных организаций, фондов милосердия и здоровья, которые создают доброжелательную нравственную и правовую атмосферу в отрасли.

Для кардинального преодоления кризисных явлений в сфере охраны здоровья необходимо в первую очередь осуществить преобразование экономических отношений, разгосударствление и приватизацию собственности, а также переход здравоохранения на путь страховой медицины.

Основные принципы организации страховой медицины:

- сочетание обязательного и добровольного характера медицинского страхования, его коллективной и индивидуальной форм;
- всеобщность участия граждан в программах обязательного медицинского страхования;
- разграничение функций и полномочий между республиканскими (бюджетные) и территориальными (внебюджетные) фондами медицинского страхования;
- обеспечение равных прав застрахованных;
- бесплатность предоставления лечебно-диагностических услуг в рамках обязательного страхования.

Систему медицинского страхования целесообразно рассматривать в 2 аспектах. В узком смысле медицинское страхование представляет собой процесс поступления финансовых ресурсов и их расходование на лечебно-профилактическую помощь. При этом медицинское страхование дает гарантию получения этой помощи, причем ее объем и характер определяются условиями страхового договора.

В основе медицинского страхования лежит априорное формирование фонда денежных средств, из которого оплачиваются услуги. Величину страхового фонда и его необходимый резерв рассчитывают на основе вероятности наступления так называемого рискового случая заболевания. Величина разового страхового взноса

зависит от состояния здоровья страхуемого и его возраста, детерминирующих вероятность наступления заболевания в тот или иной период жизни пациента. Учитывают также динамику и степень влияния неблагоприятных факторов окружающей среды (производственные и бытовые условия, экологическая обстановка и т. д.), особенности образа жизни страхуемого (курение, злоупотребление спиртными напитками, занятие спортом и т. д.).

В более широком смысле страховая медицина представляет собой систему общественного здравоохранения, экономическую основу которой составляет финансирование из специальных страховых фондов.

При медицинском страховании организационно закрепляется статус территориального аккумулирования средств и ресурсов в страховых фондах, определяются условия и порядок финансирования лечебно-профилактической помощи. Система страховой медицины предусматривает административно-хозяйственную самостоятельность ЛПУ, бездефицитность их финансирования и обеспечение социальных гарантий при оказании услуг социально незащищенным слоям населения.

Роль центральной финансирующей организации в здравоохранении начинают выполнять страховые фонды (страховые кассы), действующие как экономически самостоятельные некоммерческие структуры, вступающие в правовые и финансовые отношения либо с гражданами (физические лица), либо с предприятиями, учреждениями и организациями (юридические лица, страхователи), страховыми компаниями (страховщики), а также объектами здравоохранения. При этом страховые фонды контролируют объем и качество предоставляемой медицинской помощи.

Все хозяйственные органы, находящиеся на территории, непосредственно участвуют в формировании страхового медицинского фонда, а местные органы власти выступают в качестве страхователей неработающей части населения, проживающего на этой территории. Финансирование медицинской помощи неработающего населения осуществляется за счет местного бюджета.

Медицинское страхование, способствуя накоплению необходимых средств, а также формированию системы платной медицины, выступает как эффективный источник финансирования здравоохранения. В условиях страховой медицины реализуется принцип: «Здоровый платит за больного, а богатый — за бедного».

Государственное здравоохранение было основано на обезличенной и безадресной аккумуляции средств в общем бюджете. Развитие страховой медицины предполагает целевое образование фондов охраны здоровья и их концентрацию преимущественно на уровне районного или областного звена системы медицинского обслуживания. Направления и формы распределения средств в значительной мере определяют местные органы здравоохранения. При этом возрастает роль населения соответствующего региона в решении вопросов реализации этих фондов. Одновременно расширяются рамки сферы местного самоуправления и повышается мобильность

управления здравоохранением. Центр тяжести в управлении здравоохранением с уровня вышестоящих государственных органов переносится на уровень местных структур власти.

Субъектами экономических отношений в рамках страховой медицины выступают предприятия (организации, граждане), страховые компании, медицинские учреждения. Основным органом смешанного государственно-страхового финансирования здравоохранения является фонд охраны здоровья граждан. Все субъекты этих отношений имеют свои, нередко противоположные экономические интересы. Их деятельность регулируется противозатратным механизмом обеспечения медицинскими услугами в рамках реализации программ охраны и укрепления здоровья граждан. В результате создаются условия для более эффективного использования финансовых и материальных средств, организации системы независимого контроля за своевременностью и качеством оказываемых услуг.

Повысить эффективность труда только административными методами управления невозможно из-за отсутствия экономических стимулов. Организационно-экономические и правовые отношения субъектов страховой медицины должны определяться и регулироваться законом. Для эффективного использования страховых фондов необходим механизм государственного регулирования страховой медицины, способной решить весь комплекс проблем, включая правовое обеспечение. За государством закрепляются функции правового и финансового контроля страховой деятельности. От успешного взаимодействия субъектов страховой медицины выиграют общество и в первую очередь граждане, физическое и социально-психическое благополучие которых в условиях медицинского страхования должно значительно улучшиться.

Закон «О медицинском страховании граждан в РСФСР» представляет собой качественно новую систему организации здравоохранения в России. Механизм реализации добровольного медицинского страхования отражает поступление и расходование средств на платные медицинские услуги, расширение рынка лечебно-диагностических и оздоровительных услуг, экономическое стимулирование их развития, создание страховых фондов рискованных видов группового и индивидуального страхования, накопительного личного и ряда других.

Под страховым случаем в медицинском страховании понимают не столько появление заболевания, сколько сам факт оказания медицинской услуги. Страховое возмещение приобретает форму ее оплаты, поэтому, прежде чем заключить договор, проводят обследование здоровья населения. При добровольном страховании отдельные граждане сами могут выступать страхователями, а также быть застрахованы предприятиями, представляющими их интересы. Страхование производится за счет прибыли (доходов) предприятий или личных средств населения путем заключения соответствующего договора. Размеры добровольного взноса реализуются по соглашению обеих сторон; тарифы определяются соглашением

между страховой медицинской организацией и предприятием либо физическим лицом.

Принятый Закон «О медицинском страховании граждан в РСФСР» базируется на обобщении результатов целого ряда экономических экспериментов в отечественном здравоохранении и передового зарубежного опыта. Поэтому положения этого Закона соответствуют проводимым в стране экономическим реформам, рыночной концепции социального и медицинского страхования.

Экономическая категория страхования отличается замкнутой (солидарной) раскладкой ущерба от болезней в пространстве и во времени, возвратностью нетто-платежей за тарифный период. Для страхования характерны рисковая, предупредительная, сберегательная функции. Страховой фонд имеет строго целевое назначение, связанное с возмещением ущерба от нездоровья. Спектр применения резервного фонда значительно шире и используется временно; страховой фонд действует непрерывно, а резервный, как правило, — в течение 1 года.

Объектом медицинского страхования является страховой риск, обусловленный затратами на оказание лечебно-профилактической помощи при возникновении страхового случая. Договор о медицинском страховании представляет собой соглашение между страхователем и страховой медицинской организацией. Последняя обязуется организовать и финансировать предоставление застрахованному контингенту медицинскую помощь определенного вида и качества (или иных услуг в соответствии с программой обязательного или добровольного медицинского страхования). Обязательное медицинское страхование — всеобщее и гарантирует гражданам необходимый объем, качество и условия оказания лечебно-профилактических услуг, а добровольное медицинское страхование обеспечивает дополнительные (сверх установленных) клинико-диагностические обследования и лечебные мероприятия. Страхователями при обязательном медицинском страховании являются органы государственного управления (для неработающего населения), предприятия, учреждения и организации (для работающих), а также лица, занятые предпринимательской деятельностью, и лица свободных профессий.

При добровольном страховании страхователями могут быть граждане, обладающие гражданской дееспособностью. Каждый застрахованный гражданин получает страховой полис. Интересы работающих представляют предприятия. Страховые медицинские организации выступают в качестве юридического лица, осуществляющего страхование согласно имеющейся у них лицензии.

Учредителями страховых медицинских организаций не могут быть органы управления здравоохранением и отдельные ЛПУ, которые вправе владеть акциями страховой организации, но для обеспечения условий демополизации суммарная доля их акций не должна превышать 10 % общего пакета акций. Страховая медицинская организация контролирует объем, сроки и качество предоставляемой помощи в соответствии с условием договора, защищая

тем самым интересы застрахованных. Страхование осуществляется страховыми организациями независимо от их формы собственности.

Взаимоотношения между страхователем и страховой медицинской организацией реализуются через страховые взносы. По обязательному медицинскому страхованию они устанавливаются как ставки платежей в размерах, покрывающих затраты на выполнение программ медицинского страхования и обеспечивающие рентабельную деятельность страховой медицинской организации. Страховые взносы по обязательному медицинскому страхованию неработающего населения вносят соответствующие органы управления. Добровольное страхование происходит за счет прибыли, доходов предприятий или личных средств граждан. Условия добровольного страхования подробно оговариваются в заключаемом договоре. При этом размеры добровольных взносов устанавливаются по соглашению сторон. В целях экономического стимулирования предприятие-страхователь имеет право на уменьшение страховых взносов при стабильном уровне заболеваемости своих работников или их снижении в течение 3 лет.

Закон «О медицинском страховании граждан в РСФСР» предусматривает формирование фондов здравоохранения, предназначенных для субсидирования конкретных территорий с целью выравнивания условий оказания лечебно-профилактической и оздоровительной помощи по обязательному медицинскому страхованию. Средства, направляемые гражданами и юридическими лицами в фонды здравоохранения, исключаются из сумм, облагаемых налогами. Освобождение от налогов части прибыли стимулирует деятельность ЛПУ при выполнении ими программ медицинского страхования.

В этом же законе непосредственно отражается социальная сторона медицинского страхования, гарантирующая права граждан, например страховая медицинская организация контролирует объем, сроки и качество лечебно-профилактической и оздоровительной помощи. Учреждения здравоохранения юридически отвечают не только за качество клинико-диагностических обследований и лечебных мероприятий, но и за отказ от их предоставления застрахованной стороне. Таким образом, данный закон свидетельствует о системном подходе к формированию рыночных отношений в области лечебно-профилактической и оздоровительной деятельности.

В рамках концепции финансово-экономической реформы здравоохранения и организации медицинского страхования населения программами страхования предусматривается внедрение новых для отечественной практики методов оценки качества медицинской помощи. Используются выборочные проверки эффективности диагностики и лечения по записям в историях болезни, анкетирование и другие формы социологического обследования пациентов. Для этого создаются экспертные комиссии различного уровня по линии:

- системы страховой организации;
- учреждений здравоохранения или органов, управляющих здравоохранением;
- предприятий, с которыми заключаются договора о страховании.

Кроме того, проводится коллегиальный анализ медицинской целесообразности и социально-экономической эффективности принятой врачом тактики лечения. Практическое значение имеет оценка рациональности прохождения больным различных звеньев лечебно-профилактической сети, отделений и служб лечебных учреждений, а также разработка индивидуального и группового рейтинга для отдельных специалистов, коллективов структурных подразделений и медицинских учреждений в целом. Необходимо доведение такого рода оценок до сведения предприятий, с которыми предполагается заключение договоров о страховании работающих на данном предприятии. При формировании «портфеля» договоров с ЛПУ фонды медицинского страхования должны учитывать их рейтинг.

Для успешной организации медицинского страхования необходимо разработать сбалансированные программы обязательного и добровольного страхования граждан. Так, например, программой обязательного страхования целесообразно охватывать следующие виды услуг и работ:

- первичный прием обращающихся за врачебной помощью, общие и целевые профессиональные осмотры, вакцинация, лечение и диагностика, медицинское наблюдение и реабилитация, амбулаторно-поликлинические хирургические операции¹;

- стоматологические услуги (включая зубопротезирование в государственных стоматологических поликлиниках, отделениях и кабинетах ЛПУ);

- скорую и неотложную медицинскую помощь;

- помощь в связи с беременностью, родами и в послеродовом периоде;

- лечебно-диагностические и реабилитационные услуги в стационарах всех типов, включая психиатрические лечебницы, специализированные диспансеры и стационары для однодневного пребывания;

- медицинское наблюдение, лечение и патронаж на дому в остром послеоперационном и послеродовом периоде;

- послебольничное обслуживание (в специализированных лечебно-восстановительных учреждениях, больничных отделениях);

- протезно-ортопедическую помощь;

- социально-медицинскую помощь (в специализированных от-

¹ Указанные виды помощи осуществляются в амбулаторно-поликлинических учреждениях (консультативно-диагностических центрах и отделениях стационаров, травмпунктах, центрах и отделениях амбулаторной хирургии, врачебно-трудовых экспертных комиссиях, сельских и передвижных амбулаториях, здравпунктах).

делениях больниц, учреждениях для неизлечимо больных, домах для престарелых);

- бесплатное обеспечение лекарственными препаратами и изделиями глазной оптики для лиц, имеющих льготы;

- частичное финансирование противоэпидемических мероприятий по программе борьбы со СПИДом.

Добровольное страхование должно включать дополнительные мероприятия по улучшению качества лечебно-профилактического обслуживания и формированию здорового образа жизни, в том числе:

- обеспечение права пациента на выбор специалиста и учреждения (включая ведущие клиники страны, кооперативы и врачей индивидуально-коллективной практики);

- повышение комфортности содержания пациентов в условиях стационаров, лечебно-восстановительных и санаторных учреждений;

- спортивно-оздоровительные услуги и мероприятия общей профилактики;

- расширение института семейного врача;

- послебольничный патронаж и уход на дому, увеличенный по срокам;

- использование методов нетрадиционной медицины в целях диагностики, лечения и реабилитации.

Очевидно, что страховой взнос по добровольному страхованию должен дифференцироваться по отраслям народного хозяйства и территориям страны. Тариф должен зависеть от условий труда застрахованного, характера и степени загрязнения окружающей среды, природно-климатических особенностей, т. е. от всех тех факторов, которые обуславливают специфику патологии.

Исходя из концепции предупреждения загрязнения окружающей среды, ставки страховых взносов по медицинскому страхованию должны быть различными. Например, в экологически неблагоприятных районах, где заболеваемость, как правило, выше в территориальных фондах медицинского страхования должно концентрироваться больше средств в расчете на 1 застрахованного. Следовательно, и предприятия, ухудшающие экологическую обстановку, обязаны делать взносы по более высокой ставке. Предприятия, использующие природоохраняющие технологии, страхуются по базовой ставке. Дополнительные средства в территориальные фонды медицинского страхования должны вносить опосредованно предприятия, создающие экологически неблагоприятный фон. Данные учреждения должны перечислять в территориальные фонды здоровья средства в порядке применения к ним штрафных санкций за загрязнение окружающей среды. Органы местного самоуправления, выступающие распорядителями этого фонда, выделяют дотации территориальному фонду медицинского страхования за счет получаемых штрафов. Эти дотации направлены на соблюдение интересов предприятий, работники которых подвержены повышенной заболеваемости не по «своей» вине.

Наряду с экологической обстановкой (в масштабах территории) каждым предприятием формируется микроэкологическая среда, воздействию которой в основном подвержены работники этого предприятия. Как известно, на уровень заболеваемости и состояние здоровья влияют физически тяжелый ручной труд, шумовая и химическая загрязненность в цехах, наличие постоянных психоэмоциональных перегрузок и других факторов, действие которых строго локализуется в пределах предприятия. В отличие от экологии на макроуровне, т. е. всего народного хозяйства в целом, дифференциация ставок платежей в фонд медицинского страхования с учетом качества производственной среды должна быть не территориальной, а отраслевой или индивидуальной.

Успешное функционирование системы медицинского страхования невозможно без предоставления пациенту выбора ЛПУ и врача, что должно быть отражено в общей концепции финансово-экономической реформы здравоохранения и организации медицинского страхования населения. В некоторых страховых программах заложен выбор пациентами ЛПУ, медицинского кооператива и медицинского индивидуального частного предприятия, с которыми фонд медицинского страхования заключает договор на обслуживание застрахованных лиц. Страховое возмещение непосредственно от территориального фонда поступает к учреждениям здравоохранения. При этом пациент пользуется бесплатной медицинской помощью, не вникая в ее затратный механизм (при полном страховом покрытии). Система расчетов предполагает промежуточную оплату за счет средств пациента с последующим возмещением затрат из фонда медицинского страхования. В таком случае застрахованный работник должен оплатить счет с последующей компенсацией. Обслужившее его лечебное учреждение заранее ориентировано страховым фондом на определенный уровень затрат и в процессе работы стремится поддерживать установленную величину этих затрат.

Возможно также существование открытой системы медицинского страхования. В этом случае пациент может обратиться в любое ЛПУ независимо от наличия у него договорных отношений с фондом медицинского страхования. Предъявленный к оплате счет тщательно анализируют специалисты фонда, и он погашается только в объеме страхового покрытия по программе, распространяющейся на данного пациента. При таком варианте уровень платности медицинской помощи для населения будет более высоким и менее предсказуемым, чем в страховых программах первого типа. В этом случае ЛПУ, не имеющие договора со страховой медицинской организацией, не руководствуются жесткими стоимостными стандартами и более свободны в выборе тактики диагностики, лечения и реабилитации.

Эффективность системы медицинского страхования предполагает разработку механизма материальных санкций, предъявляемых к лечащимся пациентам по взаимному согласию администрации с работающим персоналом при уклонении от проведения оздорови-

тельно-профилактических мер, предусмотренных страховым планом. Штрафные санкции могут распространяться на размеры выплат по временной нетрудоспособности в связи с заболеванием, появившимся в результате игнорирования работником возможностей сохранения им здоровья, достижения соответствующей физической и нервно-психической дееспособности, например из-за курения, злоупотребления алкоголем, нарушения техники безопасности на производстве, невыполнения назначений врача, необоснованного прерывания курса лечения и т. д.

Штрафные санкции могут быть в форме вычетов из зарплаты фиксированной суммы или определенной части стоимости медицинских услуг, получаемых по каналам обязательного медицинского страхования.

По соглашению с трудовым коллективом администрация предприятий может устанавливать застрахованному небольшую сумму выплат наличными (за обращение к врачу, вызов его на дом, сеанс стоматологического лечения и др.). Система таких платежей позволяет стимулировать граждан в вопросах личной профилактики и здорового образа жизни, медицинской активности и т. д.

Концепция финансово-экономической реформы здравоохранения предусматривает:

- необходимость перехода к оплате медицинских услуг по регрессивному признаку (чем выше объем затрат на пациента, тем ниже процент доплаты из собственных средств);

- наиболее высокую плату по тем видам помощи, потребность в которых обусловлена гигиенически оправданным образом жизни пациента или его уклонением от требований режима профилактики. Например, при лечении травм, полученных в состоянии алкогольного опьянения или в случае вызова врача на дом к больному гриппом, отказавшемуся от вакцинации. Введение частичной оплаты по всем видам плановой медицинской помощи сроком на 1 год может служить своеобразным «наказанием» за отказ от профессионального осмотра и т. д.;

- бесплатность для пенсионеров, малообеспеченных, а также лиц, страдающих тяжелыми хроническими заболеваниями;

- трудовой коллектив должен иметь выбор программы медицинского страхования как минимум из 2 альтернативных программ медицинского страхования. Та программа, которая предусматривает обязательный комплекс оздоровительно-профилактических мероприятий, будет более предпочтительной.

По экспертным оценкам, в рамках программы обязательного медицинского страхования за счет личных средств застрахованного может покрываться не более 20 % стоимости лечебно-профилактических услуг, оказываемых ему и членам его семьи в течение года. При этом надо исходить из того, что такие выплаты не должны ставить работника в условия минимального материального обеспечения. Целесообразно, чтобы не менее 80 % средств, возвращаемых предприятию в результате участия персонала в издержке по медицинскому страхованию, расходовались на материальное

поощрение работника с высокой валеологической культурой и здоровым образом жизни.

Переход к медицинскому страхованию неизбежно предполагает определенную степень коммерциализации здравоохранения. Поэтому формирование тарифов на медицинские услуги, нозологических нормативов (КСГ болезней) позволит контролировать расценки не только за услуги, но и за медицинскую технологию. К сожалению, в настоящее время нормативы в полном объеме еще не разработаны, так как отсутствуют репрезентативная статистика и калькуляция стоимости лечения по отдельным диагностически связанным группам болезней. Однако ряд НИИ уже создали свои стандарты.

По оценке различных экспертов, для создания такой системы учета деятельности учреждений здравоохранения потребуется не менее 5 лет. Поэтому единственно возможным способом определения стоимости лечения больных (в соответствии с которым можно контролировать цены на рынке медицинских услуг) является государственное регулирование процессов формирования медицинских тарифов. Традиционно метод прямого калькулирования затрат на лечебно-профилактические услуги, связанный с созданием соответствующего административного аппарата на республиканском уровне, который обеспечивал бы соблюдение единых медико-экономических стандартов в масштабах всей Российской Федерации, применяли в системе государственных хозрасчетных учреждений.

5.2. Управление финансовыми ресурсами здравоохранения в условиях медицинского страхования

Основными источниками финансирования лечебно-профилактических и оздоровительно-реабилитационных услуг являются бюджетные средства и страховые фонды, формируемые за счет взносов юридических и физических лиц. Госбюджет выполняет защитную функцию по отношению к социально незащищенным группам населения (пенсионеры, инвалиды, дети) и работникам сферы образования, культуры, здравоохранения, управления. Взносы в страховые фонды работающей части граждан вносятся через предприятия (учреждения, организации). Эти расходы включаются в себестоимость продукции предприятия (работ или услуг).

Таким образом, страховые фонды выполняют роль посредника между ЛПУ и населением. Однако максимальный эффект функционирования страховой медицины может быть достигнут лишь тогда, когда потребитель пользуется свободой выбора как ЛПУ и врача, так и тех посредников, которые гарантируют пациенту (страхователю) защиту его интересов. В противном случае монополия посредника порождает корпоративные интересы, противоположные интересам конечного потребителя.

Концентрация всех финансовых ресурсов в одних руках — территориальном ведомстве (региональной больнице) или местном органе власти — ограничивает свободу выбора как основного прин-

ципа реализации эффективного механизма обеспечения граждан лечебно-профилактическими услугами. Поэтому необходимым условием развития системы страховой медицины является свобода заключения договора о страховании заинтересованной группой лиц (работники предприятия, отдельные граждане) с самостоятельными держателями страховых фондов (независимые страховые медицинские компании).

Сеть медицинских страховых компаний целесообразно формировать как самостоятельные хозяйственно-экономические структуры, отвечающие за результаты своей деятельности всем имуществом. В противном случае, если в создании страховых медицинских компаний принимают участие местные органы власти, то одна страховая компания может получать привилегированный статус по сравнению с другими (например, посредством предоставления налоговых льгот или льготного режима кредитования). В такой ситуации нарушаются условия конкуренции между «посредниками».

Предприятия могут организовывать собственные страховые медицинские фонды, используемые либо в целях создания собственной сети ЛПУ, либо в качестве источника дополнительного медицинского страхования своих работников через страховые компании. В действительности это новая форма существования ведомственной медицины, однако в отличие от предшествовавших форм она функционирует на средства предприятий без привлечения бюджетных ассигнований.

Важнейшее условие организации системы медицинского страхования — создание достаточных гарантий для выполнения договорных обязательств страховыми фирмами (компаниями). Для этого необходима диверсификация медицинской страховой деятельности, благодаря которой средства, вырученные в результате высокоприбыльных договоров, направляются на оплату услуг ЛПУ. Медицинская страховая компания заинтересована в инвестициях в свою хозяйственную деятельность, например за счет привлечения средств предприятий, выпуска ценных бумаг и т. д., что позволяет привлечь дополнительные финансовые источники для оплаты услуг здравоохранения. Гарантом выполнения медицинской страховой фирмой обязательств выступает ее имущество. Существенный прирост имущества может быть достигнут лишь при условии вложения капитала фирмы преимущественно в долгосрочные программы развития перспективных (наукоемких) производств.

Система обязательного медицинского страхования может быть относительно недорогой только в том случае, если собственная хозяйственная деятельность компаний финансируется за счет разницы средств, поступающих от пациентов в виде обязательных взносов и оплаты медицинских услуг. Дополнительный набор услуг может возмещаться прибылью страховых компаний от собственной хозяйственной деятельности, следовательно, для выполнения тех же обязательств (выплат ЛПУ за пролеченных пациентов) потребуется больше финансовых средств, находящихся в распоряжении страховой организации, что приводит к необходимости установле-

ния более высокого размера страхового взноса. Однако в этом случае медицинская страховая компания быстрее накапливает собственное имущество.

Такой подход обеспечивает относительно доступные условия обязательного медицинского страхования.

При этом потенциального пациента необходимо убедить заботиться о собственном здоровье и при необходимости активно обращаться за врачебной помощью. Соответствующая материальная заинтересованность в этом появится при условии, если ввести частичную оплату услуг здравоохранения за счет средств граждан (сверх выплат по страховым полисам). К сожалению, введение системы платной медицины для широких слоев и групп населения вряд ли приемлемо из-за относительно низкой реальной оплаты труда при существенной дифференциации доходов работающих. Однако такой подход оправдан в условиях дополнительного медицинского страхования.

Более перспективно использовать различные виды страховых полисов при личном страховании граждан — так называемое возмратное страхование с компенсацией, которое предполагает выплату клиенту страховых взносов полностью или частично за вычетом стоимости всех видов лечебно-диагностических услуг, оказанных за определенный, например 10-летний, отрезок времени. Так, при медицинском страховании на дожитие застрахованному (в зависимости от частоты его обращений за врачебной помощью) выплачивается оговоренная заранее денежная сумма по достижении им определенного возраста.

При медико-пенсионном страховании размер дополнительной пенсии, выплачиваемой пациенту, определяется разницей между долей его взносов и суммарной стоимостью лечебно-диагностической помощи за счет страхового фонда фирмы. Набор оказываемых услуг «практически здоровым» лицам фирма может расширять за счет обязательного страхования сверх установленного уровня.

Развитие сферы комплексных страховых услуг целесообразно регламентировать соответствующим договором между страховой компанией и ее пациентами. Это создает конкуренцию между компаниями за взносы, а также материально заинтересовывает граждан в поддержании и укреплении собственного здоровья.

Однако для выбора того или иного вида медицинского страхования необходима стоимостная оценка нозологических форм болезней. С этой целью в здравоохранении, особенно в больничном секторе, используются КСГ болезней для оценки необходимых ресурсов. Механизмом возмещения этих ресурсов может стать процедура расчетов стоимости лечения пациентов по контракту со страховой фирмой.

Больничные листы по ВУТ работников в настоящее время оплачиваются, как известно, за счет средств социального страхования и средств отраслевых профсоюзов. На наш взгляд, этими денежными средствами должны самостоятельно распоряжаться

предприятия, решая вопросы их размещения в тех или иных страховых фирмах. Оплата больничных листов может осуществляться за счет отчислений предприятий на основе договора с медицинской страховой организацией. Целесообразно также введение нормативов фонда оплаты ВУТ работников, которые должны быть построены на следующих принципах.

Фонд оплаты ВУТ не должен быть ниже установленного уровня. Если его расходование не возмещается за счет выделенных средств на цели социального страхования (вносимых предприятием в страховую фирму с отнесением на себестоимость продукции), то разница покрывается предприятием из чистой прибыли по итогам каждого финансового года. Если уровень расходования средств этого фонда окажется (в течение длительного отрезка времени, например 3—5 лет) ниже поступлений за счет отчислений социального страхования на эти цели, то предприятию целесообразно предоставлять определенные льготы.

Сумма возможного превышения поступлений средств (в рассматриваемый фонд) над их расходом может направляться либо на дополнительное медицинское страхование работников (по соответствующему договору предприятия со страховой фирмой), либо на цели дополнительного пенсионного страхования работников (по соответствующему договору предприятия).

На наш взгляд, такой подход создает экономическую заинтересованность предприятий в оздоровлении условий труда работников, обеспечении техники безопасности и финансировании оздоровительно-профилактических мероприятий. Одновременно у работников появляются дополнительные стимулы к поддержанию и улучшению собственного здоровья. Однако 100 % компенсация недополученной по болезни заработной платы работника за счет фондов ВУТ нецелесообразна (если это специально не предусмотрено законодательством). Данный вид оплаты можно рассматривать как дополнительное страхование за счет собственных средств работающих и предприятий.

Взаимоотношения «пациент — ЛПУ» и «ЛПУ — финансирующая организация» должны строиться на договорной основе. Развитие системы договорных отношений в области здравоохранения (наряду с изменением порядка функционирования ЛПУ, их структурных единиц и даже отдельных специалистов) будет способствовать обособлению медицинских страховых компаний.

С целью выполнения своих обязательств перед застрахованными эти компании заключают договора на их обслуживание как с отдельными ЛПУ, так и с конкретными специалистами. Для предоставления им оборудования и аппаратуры, являющихся собственностью компаний, администрация ЛПУ заключает соответствующие договора на аренду. Возможен путь создания компаниями собственных ЛПУ, в первую очередь специализированных, так как экономически невыгодно обеспечивать собственными силами весь спектр медицинских услуг при добровольном страховании отдельных видов заболевания.

Таким образом, договорная основа может превратиться в принцип организации страхового здравоохранения, способствуя развитию конкуренции между различными медицинскими страховыми компаниями. В условиях существования договоров (постоянного, временного и даже разового характера) приоритетное финансирование получают те ЛПУ, которые гарантируют высококачественную лечебно-диагностическую помощь (чем меньше болеет пациент, тем меньше платит страховая компания за его лечение). Это позволяет страховым компаниям экономить финансовые средства.

Важную роль в развитии рыночного механизма в здравоохранении играет переход к контрактной системе, которая существенно изменяет организацию медицинского обслуживания. Страховая компания заинтересована в заключении контрактов со специалистами высокой квалификации. Располагая достаточными финансовыми средствами, страховые компании могут приобретать необходимое оборудование (или арендовать его) за счет собственных средств, заключать трудовые соглашения и индивидуальные договоры со специалистами. При существующей системе оплаты труда поступающие от страховых фондов средства на оплату труда перераспределяются в рамках того или иного ЛПУ в соответствии с существующей единой тарифной сеткой. Стремясь задействовать научный потенциал мощных лечебно-диагностических комплексов, страховые компании в условиях перехода на рыночные методы хозяйствования начинают финансировать не столько деятельность ЛПУ в целом, сколько работу квалифицированного врача, заключившего с ней прямой контракт. Поэтому неизбежна трансформация существующих подходов к оплате труда в рамках новых организационно-экономических и правовых структур, действующих в рамках договорного финансирования.

Рыночные условия требуют разукрупнения значительной части учреждений отрасли. На их базе целесообразно формировать небольшие самостоятельные клиники, значительная часть которых будет функционировать исключительно по контрактам со страховыми фирмами. Развитие контрактной системы оплаты лечебно-профилактических услуг будет способствовать расширению индивидуально-групповой врачебной практики.

Таким образом, договора о финансировании через средства страховых фондов могут заключаться с крупными многопрофильными и специализированными лечебно-диагностическими центрами, специализированными средними и малыми медицинскими предприятиями, а также отдельными специалистами.

В условиях рыночных отношений и перехода к контрактной системе оплаты медицинских услуг появится целая сеть новых организационно-правовых структур здравоохранения, деятельность которых будет основываться на негосударственных формах собственности. Персонал этих объектов получит статус наемных работников, совладельцев имущества ЛПУ или владельцев индивидуально-групповой медицинской фирмы. Врач как наемный работник будет получать заработную плату, а средства на развитие кли-

ники (учреждения) станут поступать в соответствующие фонды для возмещения амортизации и получения прибыли. В этом случае страховая компания заключает контракт не с отдельным врачом, а с ЛПУ в целом. Если специалиста не устраивают условия, предлагаемые лечебным учреждением, он может заключить контракт непосредственно со страховой организацией. Однако для выполнения условий контракта специалист нуждается в обеспечении своего рабочего места необходимым инструментарием и оборудованием. Поэтому часть получаемых средств, включаемых в себестоимость медицинских услуг, а в конечном итоге и в их цену, он вынужден будет направлять на совершенствование материально-технической базы своей деятельности.

Работая по индивидуальному контракту со страховой фирмой, специалист может приобретать требуемое оборудование и аппаратуру за счет кредитов медицинской страховой организации, в том числе и льготных. Возможен также выкуп имущества у ЛПУ для групповой медицинской практики. Создание собственной имущественной базы реально лишь при заинтересованности страховой фирмы в заключении индивидуально-группового контракта. В результате возникает сеть ЛПУ, клиник (малой и средней пропускной способности), кабинетов врачей, деятельность которых основывается на коллективной (индивидуальной) собственности работников здравоохранения.

Конкуренция медицинских учреждений различных форм собственности оказывает положительное влияние на качество лечебно-профилактических услуг, рост профессионального уровня персонала. Одновременно создаются условия для повышения имущественной (экономической) и правовой ответственности ЛПУ перед финансовыми органами и профессиональной ответственности врачей перед пациентами за результаты клинико-диагностических обследований и лечебных мероприятий.

Обязательное условие прогресса страховой медицины — это развитие отношений собственности в здравоохранении. Если даже затраты на амортизацию не включать в арендную плату, то приобретаемое за счет прибыли имущество становится коллективной собственностью работников ЛПУ. В результате появляются новые структуры, основанные на смешанных формах собственности — государственной и коллективной. Коллектив может выкупить объект здравоохранения у государства за счет собственных средств либо заемных кредитов (например, банка). Аналогичным образом собственную лечебно-диагностическую базу может создавать страховая компания и предоставлять ее в аренду трудовым коллективам медицинских учреждений.

Имущество объектов здравоохранения может формироваться и на акционерных началах. Акционерами могут выступать медицинские страховые компании, заинтересованные предприятия и организации, органы местной власти, отдельные граждане. Перспективы развития акционерной формы собственности зависят от механизма распределения прибыли, устанавливающего, какая часть

прибыли направляется на прирост акционерного капитала, а какая — на выплату дивидендов. Это относится и к развитию сети ЛПУ на основе коллективной собственности работников.

Аренда перспективна лишь на период перехода к системе коллективной собственности, которая должна иметь персонифицированный характер. В этом случае каждый работник обладает своей долей в стоимости имущества и может воспользоваться ею по своему усмотрению. Коллективная долевая собственность в медицине позволяет открывать учреждения, ориентированные на реально существующие потребности в услугах. При этом каждый медицинский работник сможет переводить свою часть стоимости имущества (в условиях индивидуальных контрактов со страховыми фирмами или в составе специализированных групп) на счет создаваемого им объекта здравоохранения вплоть до организации частной практики на базе собственного имущества.

При этом какая-то часть имущества должна являться совместной коллективной собственностью, особенно в отношении дорогостоящих видов оборудования и аппаратуры. На контрактной (лизинговой) основе предметы медицинской технологии могут использоваться специалистами, не работающими в данных учреждениях здравоохранения.

Развитие новых организационно-экономических и правовых форм представляет реальный процесс разгосударствления объектов отрасли. В результате этого возникает большое число форм коллективной собственности, специализирующихся на оказании различных видов услуг здравоохранения. В перспективе возможно появление института индивидуально практикующих врачей с современной технологической базой для своей деятельности. Очевидно, что в частной практике и работе специализированных объектов здравоохранения, основанных на долевой коллективной собственности их работников, будут участвовать лишь наиболее квалифицированные специалисты.

Перспективно также развитие системы контрактов со страховыми компаниями в условиях частного финансирования за счет бюджетных средств (в рамках выбора контрагентов во взаимоотношениях «пациент — страховая фирма — ЛПУ»).

Система финансирования на принципах медицинского страхования существенно трансформирует структуру финансовых средств, поступающих в сферу здравоохранения. Например, расчет потребности в медицинской помощи населению Москвы, выполненный по заказу ЦК профсоюза медицинских работников, показывает, что в условиях перехода на обязательное медицинское страхование существенно изменяется структура источников покрытия расходов на здравоохранение. Так, в 1992 г. бюджетные средства (без учета медицинского страхования) составили 95,4 % от общей суммы средств, а с учетом медицинского страхования они снизились до 73,5 %.

Страховые фонды не покрывают, разумеется, всех расходов, связанных с охраной и улучшением здоровья граждан.

В условиях перехода на бюджетно-страховую систему организации здравоохранения наибольшему изменению подвержена та доля затрат, которая направляется на финансирование медицинских объектов регионального уровня и отдельных предприятий. Это приобретает особую значимость для действующей структуры территориального медицинского объединения. Поэтому для финансирования крупномасштабных лечебно-оздоровительных мероприятий местные и центральные органы власти формируют фонды здравоохранения, которые аккумулируют бюджетные средства и добровольные взносы из разных источников (предприятия, учреждения, организации, отдельные граждане). В состав правления фонда охраны здоровья как государственной организации входят представители здравоохранения, общественных организаций и трудовых коллективов.

Развитие страхового здравоохранения в корне меняет систему финансирования отрасли. При значительном сокращении государственных расходов медицинское страхование является важным фактором социальной защиты населения, инструментом рационального использования финансовых ресурсов отрасли.

5.3. Актуарные расчеты и их роль в создании механизма страховой медицины

В медицинском страховании объектом страховой защиты выступает жизнь и здоровье застрахованных. Для определения величины страхового фонда необходимо знать тарифную ставку по различным видам страхования, которая зависит от достаточно большого числа факторов и в первую очередь от степени вероятности наступления страхового случая. Поэтому при расчетах тарифных ставок по различным видам страхования учитывают положения теории вероятности, демографической и санитарной статистики, долгосрочных финансовых вычислений и ряда других наук.

Медико-демографические сведения необходимы для дифференциации тарифов по возрасту и состоянию здоровья застрахованных. Финансовые расчеты позволяют учитывать доход страховой компании от использования временно свободных средств. Таким образом, методология определения тарифных ставок (с учетом перечисленных элементов для определения взаимоотношений между страхователями и страховой компанией в процессе формирования и использования страхового фонда) представляет собой актуарные расчеты в медицинском страховании.

Страхователь делает платежи по так называемой брутто-ставке, которая включает в себя нетто-ставку и нагрузку. Нетто-ставка представляет собой выполнение страховой компанией своих обязательств перед застрахованными (больными). Средства, получаемые по нетто-ставке по каналам медицинского страхования, могут быть использованы лишь на оплату лечебно-профилактических услуг, предоставляемых застрахованным лицам. Обычно величину нагрузки, т. е. расходы на ведение страховых

операций и прибыль, устанавливают в процентах от брутто-ставки, определяемой по формуле:

$$B_c = \frac{H_c}{100 - K_n} \cdot 100,$$

где B_c — брутто-ставка, руб.; H_c — нетто-ставка, руб.; K_n — коэффициент, учитывающий величину нагрузки (в %) по отношению к брутто-ставке.

Наиболее трудоемкой и сложной процедурой является вычисление величины нетто-ставки, которое в условиях обязательного и добровольного медицинского страхования специфично.

Для установления размера взноса каждого застрахованного необходимо, исходя из принимаемых на себя страховой медицинской организацией обязательств, рассчитать предстоящие выплаты. Созданию системы обязательного медицинского страхования предшествует разработка территориальной программы с включением в нее соответствующего набора услуг. На основе статистических данных, предоставляемых органами здравоохранения об объеме оказываемых услуг и их средней стоимости, определяют общие расходы на реализацию всей территориальной программы. Из общей стоимости вычитают затраты, приходящиеся на работающее население. Корректируя полученную величину нетто-ставки на размер нагрузки, в итоге получают окончательную ставку, по которой предприятия уплачивают взносы на обязательное медицинское страхование.

Для добровольного медицинского страхования характерна выборочность лиц, заключающих страховой договор, в рамках которого предоставляются дополнительные услуги, не включенные в программу обязательного страхования. Поэтому при определении страхового взноса страховая медицинская компания должна учитывать ряд дополнительных факторов, в первую очередь вероятность наступления страхуемого риска в динамике за последние 3—5 лет. Полученный динамический ряд исследуют с помощью известных методов статистического анализа. В результате получают среднюю нетто-ставку по всей совокупности наблюдения.

Страховая медицинская компания заключает договор о медицинском страховании с лицами, существенно отличающимися индивидуальными особенностями от средних характеристик (возраст, состояние здоровья, условия труда, образ жизни и т. д.). Поэтому вероятность наступления случая заболевания у этих лиц различна. Следовательно, необходимо выработать общие принципы дифференциации страховых тарифов по этим признакам. Так, например, учет возрастных особенностей страхуемых требует расчета вероятности появления заболевания у представителей определенной возрастной группы. Результаты анализа свидетельствуют о том, что показатель, определяющий уровень заболеваемости, значительно превышает среднестатистическую величину

ну. Это обстоятельство необходимо учитывать при расчете нетто-ставки страхового тарифа.

Из числа потенциальных страхователей исключаются лица, состоящие на диспансерном учете. Ответственность страховой организации нецелесообразно распространять на медицинское обслуживание страхователей по поводу заболеваний, указанных в анамнезе за тот год, который предшествовал заключению страхового договора. Стоимость лечения (предоставляемых видов услуг) определенного профиля согласно заключенному договору с ЛПУ детерминируется уровнем страховой ответственности.

Рассмотрим порядок исчисления ставок страховых платежей в том случае, когда страховая выплата не связана со стоимостью лечения. Допустим, что условия страхования предусматривают выплату заранее определенной суммы, например 500 000 тыс. руб., при наступлении того или иного вида болезни. Момент заболевания каждого конкретного страхователя предусмотреть невозможно. Однако для большей популяции застрахованных можно выполнить достаточно точные математические расчеты, связанные с установлением вероятности заболевания того или иного контингента.

Факт заболевания человека относится к категории случайных величин, т. е. тех, численное значение которых детерминируется широким комплексом факторов. Эти факторы достаточно трудно выявить и их действие, как правило, различно во времени. Поэтому определение их количественного влияния на величину страхового взноса затруднительно. Однако в теории вероятностей и математической статистике разработаны методы исследования случайных явлений, имеющих массовый характер и подчиняющихся закону больших чисел. Этот закон единообразен в своих проявлениях и дает достоверные результаты при выполнении финансовых расчетов в медицинском страховании.

Так, например, если статистическими наблюдениями установлено, что какое-либо заболевание возникает ежегодно в среднем у 187 человек из каждых 100 000 населения, то вероятность заболеть им равна 0,00187. Следовательно, если страховая медицинская организация застраховала 100 000 человек, то каждый год в среднем потребуется выплачивать пособие 187 заболевшим. Учитывая то, что каждому страхователю будет выплачиваться 500 000 руб., общая сумма выплат составит: $500\,000 \text{ руб.} \times 187 = 93\,500\,000 \text{ руб.}$

Таким образом, страховая медицинская организация (компания) должна располагать суммой 93 500 000 руб. для выполнения своих обязательств.

Далее необходимо определить долю участия каждого из 100 000 застрахованных в уплате взносов, которая составит: $93\,500\,000 \text{ руб.} : 100 \text{ тыс.} = 935 \text{ руб.}$, т. е. каждый застрахованный должен внести 935 руб. при страховании на сумму 500 000 руб.

Поскольку страховые суммы устанавливают по желанию страхователей и существенно различаются между собой, то в страховании принято выражать размер нетто-ставки со 100 руб. страховой суммы. В этом случае тариф рассчитывают следующим образом:

$$\frac{187 \text{ человек}}{100\,000 \text{ человек}} \cdot 100 \text{ руб.} = 0,187 \text{ руб. со } 100 \text{ руб. страховой суммы.}$$

В приведенном примере 187 случаев заболеваний в год на 100 000 населения представляет собой среднюю величину. В стра-

ховой же практике обязательно происходят неизбежные колебания. Например, в течение 4 лет число заболевших составит 191, 184, 187 и 186 человек. Если в первый год появилось 191 заболевание, а у страховщика имеются средства только для оплаты 187 заболеваний, то для покрытия остальных 4 случаев необходимо создать так называемый запасной фонд. Для этого в тариф включают рисковую надбавку, которую исчисляют на основе специального показателя — среднего квадратического отклонения:

$$\sigma = \sqrt{\frac{\sum_{i=1}^n (X_i - \bar{X})^2}{n-1}},$$

где σ — среднее квадратическое отклонение; X_i — число случаев заболеваний в i -м году; $\bar{X}$ — среднее число заболеваний за n лет; n — число лет, в течение которых проводились статистические наблюдения заболеваемости.

Расчеты рискованной надбавки представлены в табл. 2.

Используя данные табл. 2, рассчитаем среднее число заболеваний за 4 года и величину среднего квадратического отклонения.

$X = \frac{748}{4} = 187$; $\sigma = \sqrt{\frac{26}{3}} = 2,94$, тогда в расчете на 1 человека и на 100 руб. страховой суммы это отклонение (Δ) составит:

$$\Delta = \frac{2,94 \cdot 100}{100\,000} = 0,00294.$$

Таблица 2

Расчет величины рискованной надбавки

Год	X	$X - \bar{X}$	$(X - \bar{X})^2$
1990	191	4	16
1991	184	—3	9
1992	187	0	0
1993	186	—1	1
Сумма	748	0	26

Для определения степени устойчивости используемого временного ряда рассчитывают известные в статистике показатели: коэффициент вариации, медиану и ряд других. Если ряд устойчив, то в качестве рискованной надбавки (формирующей запасной фонд) служит однократное среднее квадратическое отклонение. Тогда окончательная нетто-ставка будет равна: $0,187 + 0,00294 = 0,18994$, т. е. 0,19 руб. со 100 руб. страховой суммы.

В случае неустойчивости ряда следует либо увеличить тарифный период, т. е. использовать данные не за 4—5, а за 8—10 лет при наличии соответствующих сведений, либо воспользоваться двойным средним квадратическим отклонением. Статистические

данные свидетельствуют о том, что при среднем квадратическом отклонении с вероятностью, равной 68 %, выплаты не выйдут за пределы тарифа. Двойное среднее квадратическое отклонение повышает эту вероятность до 95 %.

После определения нетто-ставки рассчитывают брутто-ставку, по которой страхователь будет уплачивать взносы. Если нагрузка в брутто-ставке составляет 30 %, то размер этой ставки будет равен: $\frac{0,19}{100 - 30} \cdot 100 = 0,27$ руб. со 100 руб. страховой суммы, или 0,27 %. При страховой сумме 500 000 руб. взнос за каждого застрахованного достигает 1350 руб. Именно эту сумму должны уплачивать страхователи (юридические и физические лица), а не 500 000 руб., как это нередко происходит в страховой медицинской практике. По окончании срока страхования застрахованному возвращается взнос (за минусом расходов страховой медицинской компании), если за этот период не наступил страховой случай.

Если же условиями страхования предусматривается выплата оговоренной заранее суммы (при появлении не одного, а двух — трех заболеваний и более), то вероятность наступления страхового события определяется по следующей формуле:

$$P = 1 - (1 - P_1) \cdot (1 - P_2) \dots (1 - P_n),$$

где P — вероятность наступления страхового случая (под ним понимают появление любой из тех видов болезней, которые оговорены условиями страхования); вероятность возникновения первого заболевания (P_1); второго (P_2) и n -го заболевания (P_n).

Исходя из вероятности наступления страхового случая и значения среднего квадратического отклонения этой величины за ряд лет, находят величину нетто- и брутто-ставки.

Если разрабатывается схема страхования, предусматривающая возмещение больному суточных выплат, то расчет нетто-ставки (без рискованной надбавки) осуществляется по следующей формуле:

$$H_c = \frac{X \cdot m \cdot B}{a},$$

где H_c — нетто-ставка; X — число страховых случаев (заболеваний); m — средняя продолжительность 1 случая, дни; B — выплата за 1 день, руб. (при расчетах тарифа эта величина может быть принята в размере 1 руб.); a — общее число застрахованных.

Величину рискованной надбавки и брутто-ставки рассчитывают по аналогии с приведенным выше примером.

Сложнее определить ставку платежей по II группе видов страхования, т. е. когда выплата связана со стоимостью клинико-диагностических обследований и лечебных мероприятий.

При определении стоимости лечения 1 случая заболевания по различным группам здоровья населения возникают некоторые

трудности. Кроме того, достаточно сложно прогнозировать происходящие изменения этой стоимости на ближайший отрезок времени в условиях высоких темпов инфляции. Однако процедура расчета тарифов аналогична предыдущим случаям. Поэтому основную часть нетто-ставки рассчитывают по формуле:

$$H_{\text{с.о.}} = C \cdot \frac{X}{a},$$

где $H_{\text{с.о.}}$ — основная часть нетто-ставки, руб.; C — цена (стоимость) медицинской услуги, руб.; X — число страховых случаев (заболеваний); a — число страхователей, прикрепленных к данному ЛПУ.

Процедура расчета рискованной надбавки и брутто-ставки аналогична изложенной выше схеме. В силу различной степени тяжести одних и тех же видов болезней, возраста застрахованных (больных) и других факторов в ряде случаев фактическая стоимость лечения не будет совпадать с расчетной, что необходимо отразить в ходе расчета тарифов.

Допустим, что тарифы разрабатываются для страхования, предусматривающего компенсацию расходов при амбулаторно-поликлиническом лечении какого-либо одного вида болезни. В таком случае страховая сумма, т. е. величина, в пределах которой страховая компания несет ответственность по договору, должна учитывать стоимость лечения этой болезни. Однако в каждом конкретном случае она будет зависеть от степени тяжести болезни, наличия сопутствующих заболеваний, а следовательно, и от количества обращений за врачебной помощью. Исходя из стоимости 1 врачебного обращения и их количества по поводу одного и того же заболевания, можно определить размер выплат, которые компенсировали бы стоимость лечебных мероприятий.

Допустим также, что среднее число обращений по поводу 1 случая заболевания составляет 3, а стоимость 1 обращения равна 2000 руб. Следовательно, стоимость лечения данного заболевания составит 6000 руб. Однако для тех застрахованных, тяжесть заболевания которых потребует более 3 обращений, она превысит указанную сумму. Поэтому в качестве страховой суммы уместно устанавливать стоимость лечения при наиболее вероятном числе врачебных обращений.

Статистические данные и экспертные оценки специалистов свидетельствуют о том, что в тяжелых случаях, связанных с конкретным заболеванием, пациенты обращаются за медицинской помощью не менее 5 раз. Более частые обращения по поводу данного заболевания крайне редки. Так что, устанавливая страховую сумму в размере 10 000 руб. ($2000 \text{ руб.} \times 5$), страховая медицинская компания обеспечивает достаточно надежную страховую защиту.

Однако это вовсе не означает, что во всех случаях стоимость лечения составит 10 000 руб., так как она зависит от степени

тяжести заболевания. Если средняя стоимость 1 случая заболевания составляет 6000 руб., то с высокой степенью вероятности можно утверждать, что эта сумма будет равна средней выплате по договору. Итак, при страховой сумме 10 000 руб. страховая медицинская компания будет выплачивать 0,6 (6000:10 000) страховой суммы. Отношение реальной выплаты по договору к страховой сумме является важным показателем, который необходимо учитывать наряду с частотой наступления страхового случая при расчете тарифа.

Предположим, что из застрахованных 10 000 человек в течение года, по данным медицинской статистики, в среднем заболевает 2000 страхователей. Следовательно, страховая медицинская компания выплатит заболевшим 12 000 000 руб. (600 руб. $\times$ $\times$ 2000), поэтому каждый застрахованный (из 10 000 человек) должен внести 1200 руб. (12 000 000:10 000). Этот результат можно получить другим способом. Например, величину выплат разделить на общую страховую сумму и умножить на 10 000 (размер условной страховой суммы):

$$\frac{6000 \text{ руб.} \times 2000 \text{ человек}}{10\,000 \text{ руб.} \times 10\,000 \text{ человек}} \times 10\,000 = 1200 \text{ руб.,}$$

т. е. размер страхового взноса составит 1200 руб. с 10 000 руб. страховой суммы.

Обычно размер платежей в страховании указывают, начиная со 100 руб. страховой суммы или в процентах (в принятом нами условном примере 12 руб., или 12 %). Отношение общей суммы выплат по всем договорам к общей страховой сумме по ним в медицинском страховании принято называть убыточностью страховой суммы, т. е. синтетическим показателем, зависящим от ряда факторов. Например, убыточность страховой суммы может быть выражена через 3 элемента убыточности:

$$Y = \frac{C}{a} \cdot \frac{B}{C} \cdot \left(\frac{e}{B} : \frac{K}{a} \right),$$

где Y — убыточность страховой суммы, руб.; C — число страховых случаев (заболеваний); a — число застрахованных, чел.; B — общее число обращений по поводу какого-либо одного заболевания; e — сумма выплат по всем договорам, руб.; K — страховая сумма по всем договорам, руб.

Первый элемент $\left(\frac{C}{a} \right)$ представляет собой отношение числа заболеваний к общему числу застрахованных, т. е. этот показатель характеризует частоту заболеваемости; второй элемент $\left(\frac{B}{C} \right)$ отражает среднее число обращений по поводу 1 заболевания, т. е. отношение средней выплаты за 1 врачебное обращение к средней страховой сумме по одному договору.

Пользуясь приведенной формулой, нетрудно рассчитать нетто-ставку практически по любому варианту медицинского

страхования, предусматривающему оплату стоимости лечения. При этом страховая медицинская компания может пользоваться статистикой того ЛПУ, с которым заключен договор на обслуживание застрахованных лиц. Включив в нетто-ставку рисковую надбавку и увеличив полученный результат на величину нагрузки, получим брутто-ставку, по которой страхователь уплачивает взносы.

В основе дифференциации страховых тарифов лежит зависимость потенциальных страхователей от групп риска. Последние могут определяться на основе учета результатов предварительного медицинского освидетельствования, например при страховании расходов на стационарное лечение целесообразно выделять следующие 4 группы риска:

- здоровые и практически здоровые, которые госпитализируются в основном по поводу острых заболеваний;
- лица с высоким риском развития патологии из-за работы в условиях, вредных для здоровья;
- лица с хроническим заболеванием (с благоприятным течением), госпитализируемые в период его обострения;
- лица, страдающие одним или несколькими хроническими заболеваниями с частыми рецидивами.

По другим видам страхования (например, расходы на стоматологическую помощь) тарифы по группам риска можно не дифференцировать.

По мере приобретения опыта и создания собственной статистической базы страховые медицинские компании получают возможность уточнять ставки страховых взносов, рассчитанные на основе изложенной в данном разделе методики.

5.4. Развитие территориальных программ обязательного медицинского страхования

Обязательное медицинское страхование, обеспечивающее государственные социальные гарантии гражданам России в области предоставления лечебно-профилактической помощи, должно быть универсальным и охватывать все население страны. Эта специфика обязательного медицинского страхования проявляется в виде заключения коллективных или индивидуальных страховых договоров.

Мировой опыт медицинского страхования свидетельствует о том, что только коммерческие структуры не в состоянии обеспечить населению социальные гарантии в сфере медицинского обслуживания. Поэтому концепция обязательного медицинского страхования должна ориентироваться на создание и развитие системы социально ответственных институтов, действующей на некоммерческой основе, предоставляя социальные гарантии населению и обеспечивая финансовую устойчивость обязательного медицинского страхования.

Поэтому в период перехода к системе страхования программы обязательного медицинского страхования сначала должны разрабатывать наиболее компетентные субъекты страхования, которыми являются органы управления здравоохранением на данном этапе его развития, в дальнейшем — страховщики, выполняющие эти программы, тем более что проекты программ должны согласовываться со всеми заинтересованными сторонами: представителями страховщиков и страхователей, органами управления отраслью, медицинскими учреждениями и их профсоюзными организациями. Организационно процесс согласования программ должен быть обеспечен представителями местной администрации, а результаты согласования утверждены местными органами власти.

В условиях перехода к рыночным отношениям возможность реализации территориальных программ обязательного медицинского страхования ограничивается ростом цен на ресурсы, трудностями прогнозирования объемов затрат и потребления медицинских услуг. Поэтому в современных условиях особую значимость приобретает достижение финансовой устойчивости системы, что можно обеспечить, во-первых, за счет формирования резервов на более высоком уровне управления системой, а во-вторых, за счет перестрахования рисков страховщиков.

При разработке программ обязательного медицинского страхования необходимо определить перечень видов услуг, оплачиваемых страховщиком, а также сеть ЛПУ, в которых эти услуги будут оказываться. Кроме того, программа обязательного медицинского страхования устанавливает такие условия, при которых тот или иной случай заболевания признается страховым.

Определяя перечень видов медицинской помощи, целесообразно предусмотреть максимальный охват ими населения данной территории. Из этого перечня должны быть исключены, во-первых, услуги, которые финансируются из фонда здравоохранения, и, во-вторых, услуги, которые имеют невысокую социальную значимость и относятся к разряду платных. Например, речь идет об услугах, оплачиваемых непосредственно пациентом в рамках программ добровольного медицинского страхования предприятиями на основании договоров с ЛПУ. Этот перечень должен учитывать финансовые возможности региона, т. е. прогнозируемый объем средств, которые поступят по каналам обязательного медицинского страхования в виде платежей.

Случай обращения за медицинской помощью признается страховым при условиях, определяющих достаточно стабильную его вероятность. От степени вариации значений этой вероятности зависят отношения застрахованного, ЛПУ и страховой медицинской организации. При обязательном медицинском страховании основными условиями, устанавливающими вероятность наступления страхового случая, являются постановка диагноза, выявление причины врачебного обращения, возраст застрахованного, его социальное положение и др.

Социальная опасность инфекционных, венерических и других болезней вынуждает относить их к нестраховым событиям. Поэтому медицинская помощь в этих случаях должна оплачиваться не страховой организацией, а территориальным фондом здравоохранения.

Известно, что условиями добровольного медицинского страхования предусматривается ограниченный объем помощи, возмещаемой страховщиком (число амбулаторно-поликлинических посещений врача в год, максимальное число дней пребывания застрахованного в стационаре в течение года и т. д.). В программе обязательного медицинского страхования такие ограничения для застрахованного отсутствуют (в денежном или натуральном выражении). Объем потребленных услуг застрахованным при обязательном медицинском страховании не зависит от величины уплаченного взноса.

Мировой опыт подтверждает, что рыночную модель обязательного медицинского страхования невозможно построить, основываясь только на прямом взаимодействии страхователя и страховщика. Заинтересованность страховщиков в отборе наиболее выгодной с точки зрения страхования категории населения и появление незастрахованных лиц вынуждают государственные органы ограничивать сферу деятельности страховых медицинских организаций, создавать собственные органы медицинского страхования, которые постепенно превращаются в монополистов.

Современное представление о рыночной модели обязательного медицинского страхования в промышленно развитых странах основано на необходимости исключения прямого контакта между страхователями и страховщиками. Страховые взносы страхователей централизуются в территориальном страховом фонде и затем передаются конкурирующим страховым организациям по дифференцированным подушевым нормативам, отражающим риск заболеваний и объем помощи по каждой группе населения.

В этом случае страховщики поставлены в такое положение, когда страхование пожилых и молодых лиц дает для страховой медицинской компании одинаковые экономические результаты. В то же время страховые компании конкурируют между собой за привлечение к страхованию дополнительных контингентов и получение средств из федерального фонда. Централизация обеспечивает, с одной стороны, общественную солидарность (при которой все страхователи поставлены в одинаковые условия относительно факторов риска), а с другой — конкуренция страховщиков дает для населения положительные результаты. Следовательно, страховые медицинские организации в этом случае заинтересованы в поиске эффективных форм взаимодействия с ЛПУ.

Именно этот путь был избран при организации обязательного медицинского страхования в России. В настоящее время принято решение о формировании фондов территориального обязательного медицинского страхования в составе структур автономных образований, краев, областей, а также городов Москвы и С.-Петербурга.

В результате появляется самостоятельный субъект обязательного медицинского страхования, действующий на некоммерческой основе, учредителями которого являются администрация территории и местные органы власти. Для выполнения поставленных задач в рамках территориального фонда обязательного медицинского страхования формируются филиалы (представительства) в городах и районах территорий.

Если местной администрацией реализуются территориальные страховые программы без ущерба для финансовой устойчивости всей территориальной системы, то возможно создание местных фондов обязательного медицинского страхования. Требования к их формированию устанавливают территориальные фонды обязательного медицинского страхования с учетом конкретно сложившейся финансовой ситуации. Функции территориального фонда обязательного медицинского страхования могут передаваться действующим органам управления здравоохранением на этапе формирования этой системы в том случае, если территории недостаточно подготовлены к введению независимых структур медицинского страхования. В дальнейшем целесообразно выделение этих структур в самостоятельные органы.

Территориальным фондом обязательного медицинского страхования руководит территориальный межведомственный орган по обязательному медицинскому страхованию, который формируется из представителей всех сторон, причастных к созданию системы обязательного медицинского страхования, — администрации региона, органов здравоохранения, финансовых и экономических управлений, профсоюзов и работодателей. Потребность в таком органе обусловлена тем, что разработка и введение медицинского страхования требуют народно-хозяйственного подхода и не могут быть реализованы только возможностями органов управления здравоохранением. Территориальный орган по обязательному медицинскому страхованию (с его правлением и исполнительной дирекцией территориального фонда обязательного медицинского страхования) должен иметь все необходимые полномочия по определению условий обязательного страхования и учитывать интересы всех сторон, участвующих в реализации программы обязательного медицинского страхования на данной территории.

Главной функцией территориального органа по обязательному медицинскому страхованию является обеспечение сбора страховых взносов и передача их страховщикам, которые самостоятельно заключают договора со страхователями, конкурируя между собой за привлечение различных категорий населения к страхованию. Объем финансирования страховщиков определяется в зависимости от численности и состава застрахованных на основании дифференцированных подушевых нормативов, которые утверждаются администрацией территории.

Система медицинского страхования формируется на уровне территорий. Однако для обеспечения гарантий и проведения единой государственной политики в этой области по базовой програм-

ме обязательного медицинского страхования создается федеральный фонд развития обязательного медицинского страхования Российской Федерации. Главное назначение этого фонда — обеспечить переход к системе медицинского страхования. Одновременно реализуется механизм взаимодействия с другими государственными структурами, оказывается содействие территориям в создании сети территориальных страховых фондов, обеспечивается их финансовая устойчивость. Одной из важнейших функций фонда развития обязательного медицинского страхования является субсидирование территориальных фондов с целью достижения нормативов финансирования для выполнения базовой программы, общей для всех территорий. Источником их субсидирования служит резервный фонд, аккумулируемый на федеральном уровне.

Фонд развития обязательного медицинского страхования формируется Правительством РФ и представляет собой межведомственный орган, который возглавляется федеральным советом. В его состав входят представители тех министерств, которые обеспечивают финансовые и правовые условия реализации обязательного медицинского страхования, а также профсоюзы, работодатели, региональные объединения территорий и ассоциаций медицинских страховых организаций. В отличие от пенсионного фонда фонд развития обязательного медицинского страхования подотчетен Правительству. Это обусловлено тем, что данный фонд предусмотрен для реализации не столько функций управления денежными средствами, сколько функций, характерных для исполнительного органа.

Наряду с функцией компенсации негативных последствий для здоровья человека система медицинского страхования выполняет также функцию развития сферы лечебно-профилактического обслуживания и инвестирования в охрану здоровья и развитие здравоохранения временно свободных ресурсов. Капитал приносит страховой медицинской организации дополнительную прибыль в виде доходов от ценных бумаг, ипотечного кредита и т. д. Это постоянный фонд накопления, так как он не предназначен для выплаты страховых сумм и страхового возмещения и в незначительной мере расходуется на выплату налогов и дивидендов.

Являясь одним из каналов движения ссудных капиталов, страховые медицинские компании создают объективную основу для интеграции страхового, банковского и промышленного капиталов. Эта интеграция предполагает участие различных субъектов рыночных отношений (банков, инвестиционных фондов, предприятий и т. д.) в формировании акционерного (уставного) капитала страховых медицинских компаний. В свою очередь при успешной деятельности последних целесообразно вложение средств, принадлежащих страховым медицинским компаниям, в активы банка с целью их увеличения. Поэтому в условиях рыночных отношений возможно создание банковско-страховых объединений, деятельность которых может быть достаточно эффективной.

Страховые инвестиции в здравоохранении, имея строгий целе-

вой характер, будут содействовать развитию лечебно-профилактического сектора услуг. Для инвестиций используют средства следующих фондов и резервов:

- резерв взносов по страхованию здоровья и жизни людей на условиях получения дохода в размере не менее 3 % годовых (в государственных страховых организациях);

- запасные фонды по имущественному и личному страхованию;

- пенсионный фонд;

- фонд производственного и социального развития.

Система медицинского страхования способна самостоятельно решать задачи инвестирования временно свободных ресурсов. Для этих целей необходимо создание страхового коммерческого банка, который позволяет данной системе самостоятельно размещать вклады, получать информацию о платежеспособности пациентов, устанавливать реально обоснованную процентную ставку за кредит, обеспечивать ликвидацию потерь дохода за счет средств «в пути», привлекать к инвестированию не только «страховые деньги», но и вклады населения; расширять страховой фонд за счет дополнительно оказываемых лечебно-профилактических услуг (в том числе и нетрадиционных).

В условиях кризисного состояния здравоохранения приобретают социальную значимость медицинское страхование, изыскание дополнительных возможностей восстановления здоровья и психофизической дееспособности граждан. В условиях расширения рынка медицинских услуг страховые компании могут взять на себя значительную долю долгосрочного кредитования бюджетного сектора здравоохранения.

Система медицинского страхования как один из секторов рыночной экономики формирует собственную структуру финансовых ресурсов и затрат, вступает в экономические отношения с другими субъектами рынка. Изучая баланс финансовых ресурсов и затрат на медицинское страхование за несколько лет, можно выявить основную тенденцию изменения ведущих стоимостных показателей и на этой основе рассчитать прогноз баланса для проведения экономического и социально обоснованной инвестиционной политики.

Формирование страхового рынка медицинских услуг должно базироваться на универсальной правовой базе. В частности, необходимо выработать экономические и правовые требования, предъявляемые к созданию любых страховых организаций; критерии оценки возможной сферы страховых операций, исходя из организационно-правового статуса страховой медицинской организации; размер основного капитала, запасных фондов и т. д. Строгому правовому регулированию подлежат не только отношения страховщика со страхователями и государством, но и отношения между страховщиками.

Медицинскую страховую деятельность должен регулировать орган государственного управления — государственный страховой надзор, который призван не только выдавать лицензии на проведе-

ние страхования, но и приостанавливать операции при обнаружении недостатка фондов на покрытие страховых рисков, а также контролировать тарифную политику и уровень рентабельности страховых организаций.

В целях обеспечения цивилизованного страхового рынка медицинских услуг необходим страховой надзор для того, чтобы предотвратить создание таких страховых организаций, основной целью которых являлось бы обогащение работников. К тому же это будет способствовать большей уверенности страхователей в надежности совершаемых ими страховых сделок и стимулировать развитие медицинского страхового дела.

Отличительной особенностью долгосрочных видов страхования жизни и здоровья является образование резерва взносов, используемого в качестве кредитных ресурсов. При этом страховая ответственность предусматривает выплату страховой суммы в случае, если застрахованный доживет до окончания срока страхования, при утрате им общей трудоспособности от несчастного случая, при его смерти. Возможны и краткосрочные виды страхования жизни, в том числе страхование вкладов, по которым предусматриваются выплаты с гарантированной надбавкой по окончании срока страхования.

Как показывает практика, эффективность страхования повышается за счет удовлетворения растущего спроса на медицинские страховые услуги даже за короткий период действия его региональных видов. Задача страховых организаций — сделать все для того, чтобы страхование приобретало более гибкую, удобную и выгодную форму. С этой целью имеет смысл расширять ответственность организаций за счет детализации перечня страховых рисков, повышения уровня страхового обеспечения, введения новых условий страхования на дополнительные виды оздоровительно-реабилитационных и профилактических услуг, а также за счет упрощения порядка и сокращения сроков выплат страховых сумм.

В целях улучшения обслуживания страхователей целесообразно выплачивать страховые суммы по личному страхованию при наступлении страховых событий (заболевания, травмы) по предъявлении больничного листа, выданного ЛПУ. Упрощение порядка выплат исключит необходимость введения должности врача-эксперта в штат страхового органа.

Реализация территориальных программ обязательного медицинского страхования граждан гарантирует следующие виды оздоровительно-профилактической помощи: организация и проведение не только профилактических осмотров, но и прививок населению от инфекционных заболеваний: дифтерии, коклюша, полиомиелита, кори, паротита (по табелю), вирусного гепатита В (для групп с повышенным риском), туберкулеза (новорожденным и лицам с положительной туберкулиновой пробой), столбняка, бешенства, клещевого энцефалита, туляремии (при подозрении на заражение), вирусного гриппа (по показаниям).

Целевые профилактические осмотры, начиная с первого года

жизни и до подросткового возраста, предусматривают ежегодную туберкулинодиагностику. Взрослое население подлежит флюорографическим осмотрам 1 раз в 2 года, а лица, контактировавшие с больным туберкулезом, — 2 раза в год.

Женщин и мужчин (в возрасте 18 и 35 лет соответственно) осматривают 1 раз в год с целью выявления онкологической патологии. Ежегодно, начиная с 35-летнего возраста, жители проходят осмотр для профилактики заболеваний сердца и сосудов, эндокринной патологии, глаукомы и др.

По социальным показаниям выявляются больные альвеококкозом, паразитарными и заразными кожными инфекциями, а также инфекциями, передающимися половым путем; устанавливаются их источники и контакты. Лиц, проходящих курс лечения в стационарах и амбулаторно-поликлинических учреждениях, лабораторно обследуют на сифилис и СПИД. Профилактическое обследование проходят также те, кто занят на вредном для здоровья производстве.

Первичную медицинскую помощь получает население, нуждающееся в скорой и экстренной помощи, диагностике и лечении в амбулаторных условиях и на дому (если заболевшие не в состоянии обратиться в поликлинику). Проводятся также динамическое наблюдение за больными, плановые лечебно-оздоровительные мероприятия (включая прерывание беременности методом вакуум-аспирации).

Скорую и экстренную медицинскую помощь оказывают при внезапных заболеваниях, угрожающих жизни, несчастных случаях, травмах и отравлениях, родах, обострении хронических заболеваний по жизненным показаниям; алкогольных и интоксикационных психозах.

Динамическому наблюдению и плановым лечебно-оздоровительным мероприятиям подлежит широкий контингент лиц: новорожденные, дети до 14 лет 11 мес 29 дней; беременные (роженцы) и женщины с внутриматочными гормональными контрацептивами; больные туберкулезом, с эндокринной и онкологической патологией; гипертонической болезнью; хроническим гепатитом и циррозом печени; неспецифическим язвенным колитом; язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки; глаукомой; хронической почечной недостаточностью; психическими и наркологическими заболеваниями и др.; инвалиды; пенсионеры; участники Великой Отечественной войны и войны в Афганистане.

Стоматологическая помощь предоставляется в полном объеме лицам до 18 лет и студентам очной формы обучения; инвалидам; пенсионерам; беременным и матерям с детьми в возрасте до 3 лет.

Стационарную помощь получают дети при острых, хронических и инфекционных заболеваниях, а также взрослые с острыми формами заболеваний, травмами, ожогами и обострениями хронических болезней. В больницах обследуются и лечатся лица призывного возраста, военнослужащие, проходят врачебно-трудо-

вую экспертизу лица с психической и наркологической патологией.

Обязательным медицинским страхованием охватывают новорожденных и детей, нуждающихся в восстановительно-реабилитационном лечении. Бесплатное лечение получают больные с врожденным пороком развития и поражением спинного мозга; после оперативных вмешательств на легких и сердце, а также подвергшиеся трансплантации внутренних органов и тканей; со стойкими неврологическими нарушениями после поражения периферической нервной системы, мозговых инсультов, травм позвоночника, черепно-мозговых травм и др.

Лекарственная помощь предоставляется больным в случае оказания им скорой и неотложной помощи; стационарного лечения взрослых и детей по гарантированному перечню обязательного медицинского страхования. Существует также перечень заболеваний и состояний, при которых отдельным контингентам лиц, согласно действующему законодательству, предоставлены льготы на лекарственное обеспечение при необходимости им амбулаторного лечения.

Важным аспектом проблемы развития обязательного медицинского страхования является разработка схемы взаимодействия между страховой медицинской организацией и ЛПУ. Подобное взаимодействие в условиях рыночных отношений может быть основано либо на договоре о подряде, либо на договоре о совместной деятельности. При этом страховая медицинская организация выступает в качестве заказчика, а ЛПУ — исполнителя. Заключая соответствующий договор, страховая медицинская организация и ЛПУ согласуют следующие основные вопросы:

- взаимные обязательства по установленному порядку направления пациентов страховой медицинской организацией в ЛПУ и предоставления им лечебно-профилактических услуг;

- цены на услуги, оказываемые медицинскими учреждениями, и порядок расчета или оплаты счетов;

- порядок оказания услуг застрахованным;

- мероприятия по контролю качества лечебно-профилактической помощи согласно медико-экономическим и технологическим стандартам, а также порядок работы экспертной комиссии страховой медицинской организации, с одной стороны, и согласительной комиссии по данному договору — с другой;

- материальная ответственность при невыполнении (или ненадлежащем исполнении) обязательств по настоящему договору и ряд других вопросов, специфичных для данной ситуации.

Существенным недостатком подрядного договора на указанных условиях является неподготовленность ЛПУ к работе в новых организационно-экономических условиях. Как правило, ЛПУ не может распределять получаемый им доход, оплачивая труд исполнителей должным образом.

Для устранения недостатков подрядной формы договора целесообразно на переходный период в качестве базового договора,

регламентирующего механизм взаимоотношений между страховой медицинской организацией и ЛПУ, принимать договор о совместной деятельности. В этом случае страховая медицинская организация и учреждение здравоохранения, заключая договор, согласовывают:

- участие каждой стороны в оказании услуг застрахованным;
- распределение средств, получаемых в качестве дохода от совместной деятельности;
- вознаграждение тех исполнителей, которые непосредственно оказывают лечебно-профилактические услуги застрахованному контингенту.

Однако договор о совместной деятельности имеет довольно ограниченные возможности, поэтому по мере развития страховой медицины, совершенствования механизма хозяйственной деятельности ЛПУ будут созданы предпосылки для перехода к собственно подрядным договорам между страховыми медицинскими организациями и ЛПУ.

Изложенный механизм реализации обязательного медицинского страхования будет способствовать развитию рыночных отношений в здравоохранении, обеспечит универсальность и финансовую устойчивость этого вида медицинского страхования.

Глава 6

СТАНДАРТИЗАЦИЯ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ И ТОВАРОВ

6.1. Система критериев оценки качества лечебно-профилактической помощи

Одной из главных проблем успешного развития системы медицинского страхования в настоящее время является отсутствие государственной системы контроля качества лечебно-профилактической помощи, причем в связи с переходом на рыночные отношения эта проблема еще более усугубляется. Поэтому необходима разработка стандартов качества медицинских услуг, которые должны отражать высокую степень организации работы ЛПУ и контролирующей их системы. Для разработки научно обоснованной системы стандартов необходимо в первую очередь определить и обосновать критерии качества клинико-диагностических обследований и лечебных мероприятий.

Последствия лечения пациента можно оценить с помощью таких критериев, как выписка на работу, выписка без улучшения, перевод на инвалидность, амбулаторное лечение или в другое отделение (клинику) для уточнения диагноза и долечивания. Категории сложности заболевания определяется рядом факторов. Наиболее существенными среди них являются возраст пациента, наличие группы инвалидности, степень тяжести заболевания, риск

осложнения (в зависимости от вида и тяжести патологии, возраста больного).

Построение стандартов качества медицинских услуг предполагает учет достаточно большого числа факторов, например длительности лечения, объективного состояния больного после устранения патологического процесса, положительной динамики лабораторных показателей, заживления первичным натяжением, купирования приступов (в том числе лекарственными препаратами), исчезновения болей и т. д.

Анализ практики разработки медико-экономических стандартов показал, что в них обычно закладываются минимальные требования к качеству клинико-диагностических обследований и лечебных мероприятий. Для решения проблемы стандартизации в региональных органах управления отраслью формируются различные структурные подразделения (лицензионно-аккредитационные комиссии, расчетно-экспертные центры, отраслевые территориальные фонды).

Развитие лечебно-профилактических технологий и изменение характера заболеваний значительно усложняют проблему, связанную с оценкой качества медицинских услуг. Эффект лечения хронических форм болезней крайне разнообразен. Поэтому усложнена и оценка качества соответствующих услуг. Определение и оценка их качества требуют новейших научных подходов, использования системы критериев, ориентированных не только на медицинские и технологические, но и на эτικο-правовые характеристики.

Специалистами ВОЗ выделяются следующие основные компоненты качества медицинской помощи: ее адекватность, экономичность и научно-технологический уровень. Главная потребность заболевшего сводится к получению медицинской помощи, которая улучшила бы или существенно облегчила его состояние. Поэтому ее адекватность может быть оценена конечными результатами, достигнутыми вследствие применения клинико-диагностических процедур и мероприятий.

Экономическая эффективность медицинских услуг определяется рядом показателей, например соотношением между затратами и достигнутыми результатами. Кроме того, может рассчитываться показатель, детерминирующий соотношение между фактическими результатами деятельности в реальных условиях и максимально достижимыми результатами, характерными для идеальных условий среды.

Важным компонентом качества выступает уровень применяемых методов диагностики, лечения и профилактики болезней. При соответствии медицинской помощи необходимому уровню использование современных средств может дать ощутимый эффект. Например, применение высокотехнологичных методов диагностики и лечения в здравоохранении промышленно развитых стран способствует существенному повышению стандартов здоровья граждан. Однако по мере увеличения масштабов внедрения более сложных технологий постепенно начинает действовать закон

уменьшающейся отдачи, а с определенного момента избыточность медицинского «оснащения» перестает положительно влиять на результативность лечения, иногда нанося даже вред здоровью человека.

Переход к страховой медицине предполагает проведение в сжатые сроки лицензирования и аккредитации ЛПУ, а также их работников. В настоящее время аккредитационно-лицензионные комиссии работают при территориальных органах управления здравоохранением. В связи с этим становится актуальным вопрос стандартизации медицинской помощи. Необходима, во-первых, разработка единых для России медико-экономических и технологических стандартов и создание на их основе территориальных (многоуровневых) стандартов и, во-вторых, разработка стандартов «снизу», начиная с участковых больниц.

В качестве основы для российских стандартов целесообразно принять технологический принцип формирования КСГ нозологических форм заболеваний. Их целесообразно «увязывать» с местными условиями для каждого уровня организации оказания медицинской помощи (высший, средний, низший). Разница между ними в оценке требуемых для их реализации ресурсов представляет экономический объем, необходимый для достижения цели. Эти стандарты будут выступать в качестве базы для развития территориальных стандартов, а разница в ресурсах определит необходимый экономический объем для построения экономических программ развития здравоохранения территорий (регионов) страны. В этом случае появится возможность увязки развития технологий лечебно-профилактической помощи и экономической базы, необходимой для их реализации.

6.2. Роль лицензирования и аккредитации объектов здравоохранения в системе повышения качества медицинских услуг

Для повышения качества лечебно-профилактических услуг необходимо провести лицензирование и аккредитацию объектов здравоохранения. В связи с тем что учреждения отрасли оснащались и обеспечивались ресурсами крайне неравномерно, при проведении лицензирования и аккредитации возникают определенные трудности.

Так, в настоящее время, по данным Главного медицинского управления Москвы, в городе около 60 % ЛПУ не оснащены самым необходимым оборудованием и аппаратурой; аналогичная ситуация и с обеспеченностью этих учреждений медицинскими кадрами, поэтому фактически существующий уровень обеспеченности медицинских учреждений оборудованием и кадрами может оказаться заведомо ниже тех требований, которые будут предъявляться к ним в процессе их лицензирования и аккредитации.

На первом этапе осуществляется предварительное лицензирование, для чего создается единая медицинская лицензионно-

аккредитационная комиссия при местной администрации. Комиссия прежде всего лицензирует деятельность ЛПУ. К лицензии прилагают списочный состав специалистов и перечень оказываемых ими услуг. На основе полученной лицензии ЛПУ работает по договорам с предприятиями и страховыми медицинскими компаниями.

Второй этап — подготовка к аккредитации. С этой целью разрабатывают тесты для опроса специалистов с использованием ЭВМ по каждой медицинской специальности и должности; определяют критерии, по которым ЛПУ относится к соответствующей категории. Лицензионно-аккредитационная комиссия выдает сертификаты тем сотрудникам, которые выражают желание заниматься медицинской практикой в условиях страхового здравоохранения. На этапе проведения непосредственно аккредитации и лицензирования при местных органах власти формируется единое бюро по экспертизе качества клиничко-диагностических обследований и лечебных мероприятий.

К решению вопросов лицензирования и аккредитации, кроме аппарата работников бюро (действующего на постоянной основе), может привлекаться группа экспертов по контракту.

На основе приказа № 93 Министерства здравоохранения РФ от 20.03.92 г. разработаны временные положения по лицензированию и аккредитации ЛПУ, но объективные критерии оценки этой процедуры пока еще отсутствуют.

Необходимость создания единой системы лицензирования и аккредитации учреждений здравоохранения определяется целесообразностью унификации подходов к организации лечебно-профилактической помощи в условиях страховой медицины, расширению сети кооперативно-коммерческих структур в отрасли, а также к соблюдению отраслевых нормативов и правил при обслуживании населения.

В соответствии с постановлением Правительства Москвы «О переходе городской системы здравоохранения на принципы страховой медицины» (№ 195 от 10.04.92 г.), обязательному государственному лицензированию, например в Москве, подлежат все действующие учреждения здравоохранения (в том числе находящиеся в структуре предприятий независимо от их форм собственности).

Лицензирование распространяется на лиц, занимающихся индивидуально-коллективной медицинской деятельностью (включая иностранных граждан), на клиники, НИИ и вузы, а также на общественные, благотворительные, религиозные учреждения (в том числе ведомственные учреждения здравоохранения с различным организационно-правовым статусом).

Лицензированием должен быть обеспечен единый уровень предоставления лечебно-профилактической помощи гражданам независимо от типа и организационно-правовой формы медицинского учреждения, в котором эту помощь оказывают. Для этого в Москве создана городская комиссия по лицензированию медицинской

деятельности. Правительственный уровень этой комиссии позволяет предъявлять достаточно высокие требования к лицензируемым ею учреждениям. В качестве критериев в ходе лицензирования принимаются показатели работы медицинского центра при Правительстве России, в лечебных учреждениях которого критерии качества услуг достаточно высокие.

Лицензирование лечебно-профилактических организаций Москвы планировалось провести в 2 этапа: с конца IV квартала 1992 г. — временное лицензирование учреждений здравоохранения городского и окружного подчинения, муниципальных медицинских предприятий, а с середины 1993 г. — постоянное лицензирование учреждений, организаций и физических лиц, занимающихся лечебно-профилактической деятельностью.

На двух этих этапах предполагалось создать механизм и отработать технологию лицензирования, в первую очередь ее экономико-правовые аспекты. На I этапе лицензионную комиссию возглавлял Начальник Главного медицинского управления Москвы, которому Правительство поручило сформировать лицензионную комиссию из представителей главка, медицинских управлений административных округов Москвы, медицинских ассоциаций и представителей учреждений. Обязательное участие в ней должны были принять профсоюзы работников здравоохранения. С этой целью при Правительстве Москвы была создана группа экспертов.

Важнейшей задачей лицензирования лечебно-профилактической деятельности является определение объемов и качества оказываемой населению помощи. Для этого в лицензионную комиссию направляют заявление с перечнем оказываемых услуг и необходимую медицинскую и организационно-финансовую документацию, характеризующую фактические виды деятельности заявителя. К заявлению прилагают заключение государственных служб санитарно-эпидемиологического и пожарного надзора, а также ГУВД. Представляют отчеты и заключения о технике безопасности, техническом состоянии зданий, наличии помещений для хранения медикаментов. Каждый вид лицензируемой деятельности подтверждают данными о наличии оборудования, аппаратуры и инструментария, а также помещений и специалистов требуемой квалификации. Проведение экспертизы предполагает обязательное ознакомление членов лицензионной комиссии с деятельностью ЛПУ на месте. Медицинские и финансовые годовые отчеты ЛПУ представляют за последние 3 года. Аналогичные требования предъявляют лицам, осуществляющим индивидуально-коллективную медицинскую деятельность.

Для получения разрешения на лечебно-профилактическую деятельность подается заявление с приложением необходимой документации. Группа экспертов изучает ее, анализирует объем и качество деятельности соответствующего ЛПУ. Обычно лицензию выдают на срок до 5 лет — как на объем заявленной деятельности в целом, так и на частичное разрешение заявленных видов

услуг (обеспеченных должной материально-технической базой и специалистами требуемой квалификации).

Та часть сети ЛПУ, которая не соответствует требованиям, предъявляемым при лицензировании, перепрофилируется (реорганизуется) в рентабельные хозяйственно-коммерческие структуры. Лицензионная комиссия заинтересована в сохранении существующего коечного фонда, амбулаторно-поликлинических учреждений. Для медицинских коммерческих структур лицензию выдают сроком на 3 года в соответствии с действующим законом. Комиссия вправе ограничивать, приостанавливать и даже аннулировать действие лицензии в случае нарушения ЛПУ законодательства РФ по здравоохранению или отраслевых нормативов и правил оказания медицинской помощи. Лицензионная комиссия продолжает контролировать лечебно-диагностический процесс (объем и качество оказываемых услуг) в учреждении здравоохранения после выдачи лицензии.

Лицензированию подлежат также ведомственные ЛПУ, действующие в условиях обязательного и добровольного медицинского страхования. В рамках добровольной формы медицинского страхования обеспечивается повышенный уровень комфортности обслуживания и предоставляется дополнительный объем и набор услуг. Сверх гарантированного минимума услуг, оказываемых муниципальными учреждениями здравоохранения, в ведомственной сети больниц и поликлиник желающие обеспечиваются игло-рефлексо- и мануальной терапией, одностойной палатой с телефоном (телевизором) и рядом других услуг.

Обязательному лицензированию подлежат нетрадиционные виды медицинских услуг, соответствующих критериям, разработанным высококвалифицированными специалистами.

Задачами любой страховой медицинской организации являются надежная страховая защита от возможных опасностей и случайностей, а также выплата страхового возмещения за понесенный ущерб. Поэтому страховое законодательство, защищая интересы страхователей, предусматривает строгий контроль государственных органов за деятельностью страховых медицинских компаний.

При лицензировании страховых медицинских компаний Федеральная служба России по надзору за страховой деятельностью руководствуется следующими нормативными документами:

- Основами гражданского законодательства;
- Законами РФ «О предприятиях и предпринимательской деятельности» (от 25.12.90 г.); «О налогообложении доходов от страховой деятельности» (от 13.12.91 г.), «О медицинском страховании граждан в РСФСР» (от 28.06.91 г.), «О страховании» (от 27.11.92 г.);
- Постановлением Совета Министров РСФСР № 601 «Об утверждении положения об акционерных обществах» (от 25.12.90 г.);
- Постановлением Правительства РФ № 41 «О мерах по выполнению Закона РСФСР „О медицинском страховании граждан в СССР“ (от 23.01.92 г.) и „О введении в действие Закона РФ „О страховании“»;

— Постановлением Верховного Совета РФ «О досрочном введении в действие Закона РСФСР „О медицинском страховании граждан в РСФСР“»;

— приказом Министерства здравоохранения РФ «О мерах по выполнению закона РФ „О медицинском страховании граждан в РСФСР“»;

— приказом руководителя Государственного страхового надзора РФ «Условия лицензирования на территории Российской Федерации» (от 12.10.92 г.).

Компании, осуществляющие добровольное медицинское страхование, должны получать лицензию на основе общих требований для различных видов страхования здоровья граждан.

Обязательное медицинское страхование вследствие своей специфики имеет ряд особенностей при лицензировании, которые обусловлены тем, что основные взаимоотношения между страховщиком и страхователем (размер и порядок уплаты страховых взносов, перечень страховых услуг и т. д.) определены соответствующими законодательными актами. Поэтому при лицензировании необходимо учитывать особенности региона, его готовность к проведению обязательного медицинского страхования (программа обязательного медицинского страхования, размер и структура страхового взноса на 1 жителя в рамках территориальной программы), финансовые возможности страховой медицинской компании (круг застрахованных, соотношение между собственными и привлеченными средствами).

Для того чтобы заниматься страхованием здоровья (жизни) граждан, страховая компания должна получить Государственную лицензию, в которой содержатся данные о наименовании страховой компании и ее организационно-правовой форме, местонахождении и основных видах страхования, которыми разрешено ей заниматься; особо отмечаются условия по организации перестраховой защиты собственных рисков по медицинскому страхованию и право на перестрахование рисков сторонних страховых организаций.

Страховой компании с разветвленной сетью структурных подразделений лицензионной комиссией выдается Генеральная лицензия на право заниматься всем этим подразделением обязательным и добровольным медицинским страхованием граждан.

Государственные лицензии на право ведения деятельности по медицинскому страхованию населения выдаются либо Министерством финансов России, либо его органами. За выдачу лицензии взимается государственная пошлина.

Для получения Государственной лицензии на право ведения медицинской страховой деятельности необходимо представить следующие документы: заявление соответствующей формы, устав страховой медицинской компании, свидетельство о государственной регистрации страховой медицинской компании, копии заверенных договоров об организации перестраховочной защиты страховой медицинской компании (заключенные с отечественными и

зарубежными партнерами), банковскую справку о полной или частичной уплате Уставного фонда (в размере более 300 тыс. руб.), документы, подтверждающие уплату государственной пошлины. Законом запрещается требовать какие-либо дополнительные документы, кроме перечисленных выше.

При условии представления всех этих документов в течение 30 дней страховой медицинской компании выдается Государственная лицензия на право заниматься медицинским страхованием граждан. Срок действия лицензии определяется Уставом страховой медицинской компании.

При несоответствии представленных документов законодательным актам лицензионная комиссия, создаваемая при государственных органах власти, в течение 30 дней со дня подачи документов принимает решение об отказе о выдаче лицензии. При этом за страховой медицинской компанией остается право обжаловать отказ в суде по месту нахождения того государственного органа, которым принято решение об отказе о выдаче лицензии.

Действие Государственной лицензии на право заниматься медицинским страхованием граждан может быть приостановлено (а сама лицензия по представлению Министерства финансов РФ или его органов аннулирована) в случае:

- отказа страховой медицинской компании от заключения договора со страхователем по обязательному медицинскому страхованию;

- уменьшения уставного и резервного фондов страховой медицинской компании ниже размера, указанного в ее уставе, в течение 3 мес;

- перестрахования рисков ниже установленной нормы;

- превышения соотношения между собственными и привлеченными средствами.

Суд принимает решение о приостановлении действия или аннулировании Государственной лицензии, если страховой медицинской компанией не принимаются меры по устранению указанных нарушений, несмотря на письменное предупреждение Министерства финансов РФ, Государственной страховой инспекции РФ или их органов.

Контроль за деятельностью страховых медицинских организаций осуществляется по данным государственной статистической отчетности. Для этого страховые медицинские компании в установленном порядке ежегодно публикуют баланс по своим операциям.

Для осуществления контроля Министерство финансов РФ вправе проверять финансово-хозяйственную деятельность страховых организаций, получать от них необходимую информацию о достоверности представляемых сведений. В ходе проверок выясняется степень соответствия между принятыми обязательствами и создаваемыми в страховых медицинских организациях необходимыми резервами для обеспечения этих обязательств. Контролируется размещение страховыми организациями временно свобод-

ных средств для определения степени надежности капитальных вложений и ликвидности активов этих организаций.

При выявлении нарушений применяют санкции в виде увеличения размера резервных фондов, изменения величины тарифов (ставок, взносов, премий), а также правил и условий страхования. Регламентируется также характер вложений временно свободных средств и самой схемы перестрахования. В крайнем случае Министерство финансов РФ вправе временно приостанавливать действие выданных им лицензий, ограничивать сферу их действия, аннулировать либо совсем прекращать деятельность страховых медицинских организаций.

6.3. Стандартизация лечебно-профилактической помощи, лекарственных средств и медицинских товаров

Стандартизация лечебно-профилактической деятельности основана на разработке и применении нормативных документов, которые определяют требования к оптимальному решению диагностических, лечебно-оздоровительных и реабилитационных задач. Стандарты устанавливают оптимальную степень упорядочения действий в большинстве областей клинической практики и профилактической работы. Таким образом, стандартизация в здравоохранении выступает важнейшим фактором улучшения качества и повышения эффективности лечебно-диагностического процесса.

В сфере производства медицинских услуг (лекарственных препаратов, изделий) стандартизация, обеспечивая получение максимальной выгоды при минимальных издержках, служит интересам как потребителей услуг (пациентов), так и их производителей (врачей). В результате стандартизации достигается:

- предельная экономия финансовых, трудовых и материальных ресурсов при производстве тех или иных медицинских услуг (изделий);

- защита интересов потребителя (пациента) на основе стабильного обеспечения требуемого уровня услуг и товаров;

- охрана здоровья населения и безопасность труда занятых в сфере производства лиц (путем разработки и закрепления правил безопасности в нормативно-законодательных актах);

- создание нормативной документации для общения между заинтересованными сторонами (проектные стандарты, коды, словари и т. д.).

Поэтому медицинские стандарты должны:

- объективно отражать действительность;

- указывать пути оптимального решения поставленных задач;

- быть практически выполнимыми;

- обладать стабильностью и динамичностью;

- играть организующую роль;

- обеспечивать преемственность в ходе организации лечебно-диагностического процесса.

В условиях страховой медицины стандартизация и унифика-

ция диагностических методов и средств лечения должны соответствовать современному уровню. При этом степень стандартизации и унификации может определяться по их трудоемкости, объемам и стоимости в пределах каждой КСГ болезней, а показателями могут быть коэффициенты применяемости, повторяемости, взаимной унификации.

При разработке стандартов медицинской помощи особое внимание должно уделяться качеству услуг здравоохранения, которое достигается на основе системно-структурного подхода. Такой подход предполагает упорядочение и тесное взаимодействие ряда взаимосвязанных компонентов, обеспечивающих высокое качество этих услуг. В первую очередь необходимо наличие компетентного медицинского персонала, а также высокоорганизованных и имеющих современное оснащение ЛПУ.

Несоблюдение структурно-организационных стандартов трудовых и материальных ресурсов приводит к ухудшению качества лечебно-профилактической и реабилитационной помощи. Высокий уровень лечебных услуг может быть достигнут, например, лицензированием учреждений и работников здравоохранения.

Существуют и другие подходы к повышению качества медицинских услуг, называемые в клинической практике процессуальными. В их основе могут лежать принципы, создающие такие условия, при которых ошибка конкретного исполнителя (или случайное отклонение от нормального хода лечебно-диагностического процесса) не ухудшает качества услуг (процедур). Стандарты клинко-диагностического обследования должны содержать, во-первых, перечень диагностических исследований и, во-вторых, перечень обязательных консультаций узких специалистов.

В настоящее время в ряде регионов страны организуются территориальные фонды. Их модель основана на том, что за пролеченного больного рассчитываются расчетно-кассовые центры. На случай превышения уровня заболеваемости и необходимости покрытия средств на лечение пациента существуют дотационные кассы.

Федеральные стандарты в различных регионах страны не могут использоваться, так как они не всегда адекватны условиям работы местных больниц, например центральных районных больниц. Медико-экономические стандарты предназначены для единого ценообразования в масштабах регионов, лицензирования и экспертизы качества услуг. Эти стандарты «встраиваются» в структуру нозологических форм заболеваний в рамках технологии лечебно-диагностического процесса.

В здравоохранении широко используются следующие стандарты:

- ресурсов здравоохранения;
- организации лечебно-профилактической и санитарно-противоэпидемической служб и учреждений;
- технологические;
- программ медицинской помощи;

- медико-экономические;
- комплексные.

Область применения стандартов в здравоохранении весьма обширна и охватывает первичную медико-социальную, больничную, амбулаторно-поликлиническую, специализированную и другие виды помощи.

Все стандарты качества лечения и диагностики должны быть обязательными для выполнения в пределах установленной сферы их действия и условий применения. Стандарты и клинико-технологические условия оказания услуг включают в нормативно-технологическую документацию, регламентирующую комплекс норм, правил и требований к осуществлению клинико-диагностического процесса как объекта стандартизации.

По обязательности выполнения требований в условиях здравоохранения различают рекомендательные и законодательные стандарты; по иерархическому уровню — локальные, региональные и международные. Так, например, стандарты на ресурсы здравоохранения должны содержать требования к уровню квалификации медицинского персонала, недвижимости и оборудованию ЛПУ, используемым лекарственным средствам и материалам (их изготовление, хранение, подготовка, применение и т. д.).

Организационные стандарты предусматривают требования к системам организации, эффективного и безопасного применения ресурсов здравоохранения. Технологические стандарты регламентируют процесс оказания лечебной, оздоровительно-профилактической помощи. В настоящее время этот вид стандартов достаточно широко используется в высокотехнологичных областях медицины (трансплантология, реаниматология) и значительно реже — в сфере оказания массовых видов медицинских услуг. Поэтому необходима детальная проработка критериев оценки услуг, оказываемых стационарными и амбулаторно-поликлиническими учреждениями.

Стандарты программ медицинской помощи предназначены регламентировать проведение клинико-диагностических исследований и лечебных мероприятий для широких контингентов, объединяемых по характеру заболеваний (их тяжести), возрасту, полу, социальному статусу и ряду других признаков.

Комплексные стандарты включают набор структурно-организационных, технологических и стандартов выполнения конкретных программ, регламентирующих деятельность определенных служб и специалистов здравоохранения.

По каждому заболеванию в КСГ устанавливаются стандарты обследования и лечения. Стандарты обследования содержат перечень необходимых диагностических исследований, а стандарты лечения — перечень применяемых лекарственных средств, процедур и манипуляций. Критерии качества определяют эффективность лечения (улучшение, ухудшение, выздоровление), а также средний срок лечения. Затем выясняется категория сложности курации (или оперативного вмешательства), риск осложнений.

В настоящее время разработан справочник КСГ, в котором по каждой группе болезней установлены длительность пребывания на койке, количество койко-дней и дан перечень стандартов качества. Эти данные лежат в основе расчета цены по различным КСГ.

Цену рассчитывают следующим образом: вначале определяют внутреннюю (производственную) себестоимость стандартизованного лечения, которая выступает как внутренняя цена по данной КСГ болезней.

Внутренняя (производственная) себестоимость стандартизованного лечения складывается из следующих статей затрат:

- заработная плата персонала отделения (больницы);
- канцелярские и хозяйственные расходы;
- питание больных;
- стоимость приобретения медикаментов;
- стоимость приобретения мягкого инвентаря;
- оплата услуг вспомогательных (параклинических) служб и консультаций врачей-специалистов;
- износ лабораторного оборудования.

Далее определяют административно-хозяйственные расходы ЛПУ, которые распределяют между его структурными подразделениями пропорционально величине внутренней (производственной) себестоимости услуг. Сумма административно-хозяйственных расходов и внутренней (производственной) себестоимости представляет собой общую себестоимость лечения, так называемую «внешнюю» (или общую) цену.

В себестоимости лечения с помощью поправочных коэффициентов учитывают категорию сложности лечения пациента. Сумма себестоимости лечения каждого пациента должна быть равна общим затратам на лечение в структурных подразделениях лечебной организации (предприятия).

Далее рассчитывается цена лечения 1 больного, которая учитывает рассчитанные выше затраты на лечение (себестоимость) и соответствующую прибыль ЛПУ. Механизм расчета цен был рассмотрен ранее.

ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Глава 7

СЕБЕСТОИМОСТЬ, ЦЕНА, ПРИБЫЛЬ И РЕНТАБЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

7.1. Планирование себестоимости медицинских услуг

В основе тарифов на медицинские услуги лежит их себестоимость. Поэтому расчет и планирование себестоимости медицинских услуг является необходимым этапом перехода ЛПУ на новый механизм хозяйствования, включая поиск перспективных источников финансирования их хозяйственной деятельности. При бюджетном финансировании здравоохранения расчет расходов по индивидуальной смете основывается на типовых штатах, нормах расхода медикаментов и перевязочных средств, табелях оснащения больниц и поликлиник медицинским оборудованием, хозяйственным и мягким инвентарем, а также других централизованно утверждаемых нормативах.

В условиях перехода к страховой медицине значительно расширяется состав источников финансирования медицинского обслуживания. Помимо бюджетных средств, появилась возможность привлечения средств предприятий, личных средств граждан, благотворительных взносов, доходов от ценных бумаг, кредитов банков и других финансово-кредитных учреждений, а также иных источников, не запрещенных действующим законодательством. Это позволяет создать механизм оптимального использования финансовых ресурсов отрасли, особенно при финансировании услуг, выходящих за рамки системы обязательного медицинского страхования. В этих условиях в основе расчета необходимых финансовых ресурсов лежат не нормативные, а фактические расходы по оказанию лечебно-профилактической помощи.

Решение вопросов о согласовании тарифов на медицинские услуги в условиях децентрализации системы управления здравоохранением передается на местный уровень. В связи с этим конкретная экономически обоснованная величина тарифа определяется результатами переговоров между медицинскими ассоциациями, местной администрацией и медицинской страховой организацией. Во-первых, это существенно ограничивает возможный затратный характер формирования себестоимости услуг, так как все производимые расходы должны быть тщательно обоснованы. Во-вторых, отсутствие жесткого нормирования позволяет стиму-

лизовать качество медицинского обслуживания с учетом местных условий.

Поскольку расчет тарифов базируется прежде всего на стоимости отдельных видов лечебно-профилактической помощи, то и расчет себестоимости необходимо привязывать к этим же видам помощи. Процедура расчета распадается на 2 основных этапа:

- группирование основных видов затрат, составляющих себестоимость;

- определение себестоимости отдельных видов медицинских услуг.

Затраты, входящие в себестоимость медицинских услуг, группируются следующим образом: затраты на оплату труда, отчисления на социальные нужды, материальные затраты, амортизация основных фондов и прочие.

Расходы на оплату труда включают расходы на оплату труда персонала, состоящего в штате учреждения, и внештатных работников (включая премии, компенсирующие и стимулирующие выплаты). В состав расходов на оплату труда персонала, состоящего в штате, входят выплаты заработной платы; доплаты за работу в ночное время и ученую степень, наличие квалификационной категории, за совмещение профессий и др.; оплата очередных отпусков, льготных часов, предоставляемых в соответствии с действующим законодательством РФ подросткам, времени выполнения государственных обязанностей; учебных отпусков и другие виды выплат в соответствии с установленным порядком, включаемые в фонд оплаты труда.

Отчисления на социальные нужды (согласно действующему порядку, определенному на I квартал 1993 г.) установлены в следующих размерах:

- 28 % к начисленной оплате труда — страховой тариф взносов в пенсионный фонд;

- 5,4 % к оплате труда — в фонд государственного социального страхования;

- 3,6 % к оплате труда — на обязательное медицинское страхование работников;

- 1 % к начисленной оплате труда по всем основаниям — в государственный фонд занятости населения Российской Федерации.

Материальные затраты в здравоохранении целесообразно подразделять на затраты, связанные с непосредственным обеспечением лечебно-диагностического процесса в каждом из подразделений ЛПУ, и общебольничные хозяйственные расходы.

Материальные затраты I вида — стоимость покупных материалов (лекарства, препараты, продукты питания и др.); расходы, обусловленные необходимостью использования природного сырья (лечебные грязи, минеральные воды и др.); затраты на услуги производственного характера (выполняемые сторонними организациями, например различные исследования); износ оборудования, инструментов, приспособлений и других малоценных и быстро-

изнашивающихся предметов; приобретение запасных частей для ремонта медицинского оборудования и др.

Материальные затраты II вида — общебольничные расходы: расходы по обеспечению основных клинических подразделений медикаментами, инвентарем, продуктами питания и пр.; созданию нормальных условий труда и техники безопасности; проведению изобретательской и рационализаторской деятельности; эксплуатации и ремонту оборудования и других элементов основных фондов; отоплению, подаче электроэнергии, водоснабжению и др. При определении себестоимости медицинских услуг общебольничные расходы списываются пропорционально фонду заработной платы по каждому из подразделений.

Сумма амортизационных отчислений определяется, исходя из годовых норм амортизации на полное восстановление основных фондов и их балансовой стоимости. Сюда же включается амортизация основных фондов, предоставляемых предприятиям бесплатно, например основных фондов, необходимых для обслуживания трудовых коллективов, организации общественного питания. Если оборудование, сложная аппаратура (или другие объекты основных средств) используются при оказании нескольких видов лечебно-оздоровительных (консультативных) услуг, то доля амортизационных отчислений устанавливается в зависимости от времени предоставления этих услуг, их ассортимента и объема. Указанная доля отчислений входит в себестоимость конкретного вида услуг.

Практическое значение в новых условиях хозяйствования приобретают стратегии формирования амортизации основных средств, включая их реновацию, т. е. полное восстановление основных фондов. Разработка такой стратегии необходима, так как в настоящее время в отрасли накоплена значительная (по физическому объему) масса устаревшего оборудования, ветхих зданий, приспособленных под объекты здравоохранения. Затраты по амортизации основных фондов здравоохранения ежегодно могут составлять от 60 до 80 % средств, направляемых в фонд накопления и необходимых для самофинансирования ЛПУ. При описании основных фондов следует ориентироваться на сокращенные нормативные сроки их службы. Для оборудования и аппаратуры эти сроки могут составлять 6 лет, а для зданий — 35 лет (что соответствует рекомендациям, принятым в экономически развитых странах). Механизм возмещения выбытия основных средств должен учитывать полную их стоимость, но не первоначальную, а восстановительную. В условиях высоких темпов инфляции, характерных для отечественной экономики, корректировке подлежат коэффициенты ежегодного удорожания (в действующих ценах) ранее эксплуатировавшегося оборудования, что соответствует росту цен на фондообразующую продукцию. Особенно это касается медицинского оборудования, закупаемого по импорту.

В составе прочих затрат учитываются расходы, связанные с направлением больных на лечение в ЛПУ, находящиеся в другой

местности; командировочные расходы работников ЛПУ; расходы по патронированию больных и протезированию; подготовке и переподготовке кадров; подъемные; плата сторонним организациям за пожарную и сторожевую охрану; оплата услуг связи и арендная плата (а также другие затраты, входящие в состав себестоимости, но не относящиеся к ранее перечисленным их элементам). Кроме того, к числу прочих расходов относятся отчисления в ремонтный фонд, образуемый для равномерного включения средств при проведении всех видов ремонта. Величина отчислений определяется, исходя из балансовой стоимости основных фондов и нормативов отчислений, утверждаемых самим лечебным учреждением.

Общехозяйственные расходы включают затраты на административно-хозяйственную и техническую деятельность: расходы на содержание административно-технического персонала, служебные командировки, содержание вычислительных центров, узлов связи, средств сигнализации, представительские издержки. Здесь же предусмотрена оплата консультационных (консалтинговых), информационных и аудиторских услуг, затраты на капитальный ремонт любого клинического подразделения, канцелярские и хозяйственные расходы лечебного учреждения в целом и др.

Затраты на амортизацию и капитальный ремонт зданий и сооружений, приобретение канцелярских товаров и функционирование хозяйственной службы подразделяются пропорционально площадям, а все остальные затраты — фонду заработной платы каждого из подразделений¹.

Следующий этап расчета тарифов — определение себестоимости конкретной медицинской услуги. В этом случае рассчитывают затраты на оплату труда и социальное страхование, прямые материальные затраты (включая амортизационные отчисления на медицинское оборудование) и накладные расходы. Расходы на оплату труда и величину амортизационных отчислений по медицинскому оборудованию устанавливают, исходя из времени, затрачиваемого на выполнение услуги.

На основании себестоимости каждого вида медицинских услуг может быть определен тариф по КСГ болезней. Так, стоимость курса лечения по отдельным КСГ для стационаров равняется произведению затрат на 1 день лечения больного в каждом из специализированных подразделений на нормативную продолжительность лечения.

Для расчета тарифов на лечение используются как фактические, так и плановые величины себестоимости медицинских услуг с учетом поправок на инфляцию.

Практика определения бюджета больницы, исходя из плановых пациенто-дней и нормативных текущих затрат на 1 пациенто-день, широко распространена во многих промышленно развитых стра-

¹ Если затраты производятся в иностранной валюте, то они пересчитываются по курсу Центрального банка России на дату совершения операции.

нах. В этих странах большое внимание уделяется изучению закономерностей формирования КСГ, процедуре дифференциации больных по степени сложности их заболеваний. При этом руководствуются тем, что если нагрузка лечебного учреждения оказывается ниже запланированной, то его бюджет сокращается, и наоборот, увеличивается лишь при детальном обосновании такой необходимости самим руководством этого учреждения.

В связи с этим целесообразно рассмотреть различные модели финансирования расходов на здравоохранение в системе медицинского страхования, принятого в экономически развитых странах. Если говорить об амбулаторном обслуживании населения, то в настоящее время поощряется так называемая групповая врачебная практика. Для этого группа врачей обязуется оказывать помощь населению данной территории с предварительной уплатой медицинской страховой организацией фиксированных взносов. Иначе говоря, в данном случае врачам выгоднее осуществлять оздоровительно-профилактические мероприятия, чем оказывать лечебно-диагностические услуги.

В США активно функционирует система предварительного возмещения, при которой бюджет больницы формируется за счет фиксированных перечислений из страховых фондов. Тарифы определяются, исходя из предполагаемых объемов медицинской помощи на основании исследований по медико-статистическим группам. Поскольку сверхнормативные расходы ЛПУ не возмещаются, а полученная ими экономия не изымается, то лечебное учреждение заинтересовано в повышении качества лечебно-профилактических услуг.

Однако и эта система не идеальна, поскольку стремление к дополнительной экономии ведет к досрочной выписке больных и дополнительной нагрузке на амбулаторные учреждения, повторной госпитализации, нечетким формулировкам диагноза, другим упущениям и даже злоупотреблениям.

Что касается тарифов на оплату медицинских услуг, то они определяются в результате переговоров между больничными ассоциациями, медицинскими страховыми организациями и представителями местной администрации. В отдельных странах перечень оплачиваемых услуг утверждается на федеральном уровне. Оклады врачей устанавливаются на основе переговоров между врачебными и больничными ассоциациями. Врачебные ассоциации создаются для обеспечения нормальных экономических условий врачебной деятельности и подтверждения профессиональной пригодности.

Медицинские услуги могут оплачиваться в 2 формах: в первом случае платит медицинская страховая организация, а во втором — непосредственно сам застрахованный. Медицинская же страховая организация возмещает ему либо всю сумму, либо ее часть (как, например, во Франции).

Если услуги оказывают частнопрактикующие врачи, то их оплачивает врачебная ассоциация, членами которой являются эти

врачи. У ассоциации имеется договор с медицинской страховой организацией.

Заслуживает внимания также система личного участия застрахованных в финансировании затрат на лечение. Так, страховые тарифы разрабатываются на основе самых низких, минимальных расходов на лечение (например, по так называемому III классу); все, что превышает этот минимум, оплачивает больной.

В экономически развитых странах доля личных затрат застрахованных на лечение составляет 20—25 % общих затрат на оказание медицинской помощи. Некоторые виды услуг оплачиваются полностью за счет пациентов. Например, во всех странах, кроме ФРГ, полностью платной является стоматологическая помощь, что повышает ответственность граждан за сохранение собственного здоровья.

Если говорить о медицинских страховых организациях, то мировой опыт свидетельствует в первую очередь об их специализации. Ведь их деятельность во многом специфична и требует значительных медико-статистических исследований, разработки обоснованных тарифов страховых платежей. Это относится как к добровольному страхованию, так и к обязательному, особенно для экологически вредных производств. В этом случае предприятие обязано финансировать деятельность по ликвидации ущерба, наносимого по его вине здоровью населения, проживающего на данной территории.

7.2. Расчет общественно необходимых затрат на основе клинико-статистических групп болезней

КСГ по отдельным болезням (нозологиям) являются базой для создания функционально-стоимостной системы медицинских услуг, которая основана на учете различных параметров измерения медицинских услуг — клинических, медико-технологических, демографических, экономических.

В рамках КСГ по различным признакам, используемым медицинским ресурсам и технологиям, могут быть классифицированы практически все случаи поликлинического и стационарного лечения. Для этой цели используются около 20 тыс. шифров Международной классификации болезней и причин смерти X пересмотра. Относя тот или иной вид болезни к определенной классификационной группе, можно в известной степени абстрагироваться от сроков лечения, конкретных технологий и объемов услуг внутри каждой КСГ. Для нее характерны обобщающие показатели, в качестве которых выступают нормативный срок лечения и нормативные затраты медицинских ресурсов в стоимостном выражении.

Поэтому КСГ представляют собой эффективный инструмент измерения общественно необходимых затрат на лечение основного контингента больных. КСГ как самостоятельная категория, характеризующая систему медицинских услуг, способствует к тому же совершенствованию хозяйственного механизма в здравоохранении.

При взаимных расчетах между ЛПУ с помощью КСГ необходимо учитывать профиль больничного отделения и его категорию. Классификация больничных отделений по категорийности требует учета квалификации врачей, уровня оснащенности и объема оказываемой помощи.

К первой категории относятся клинические отделения с полным клинико-диагностическим обследованием и максимальным объемом высококвалифицированной помощи. Вторая категория представлена отделениями крупных городских стационаров с широким набором лечебно-диагностических услуг. К третьей категории относятся отделения центральных районных и небольших больниц, обеспечивающих минимально необходимый уровень клинико-диагностических обследований и лечебных мероприятий с соблюдением установленных стандартов качества услуг.

Присвоение первой категории больничным учреждениям находится в компетенции облздравотделов, второй и третьей категории стационарным учреждениям — в компетенции горздравотделов, городских территориальных медицинских объединений и территориальных медицинских объединений (по представлению администрации больниц).

Первая и вторая категории присваиваются стационарам сроком на 2 года, и переаттестацией категория либо подтверждается, либо изменяется. Причинами досрочного снижения категории могут быть грубые нарушения отделением аттестационных требований (несоблюдение стандартов качества клинико-диагностических обследований и лечебных мероприятий более чем в 5 % случаев и их недостижение более чем в 10 % случаев).

При одинаковой нормативной длительности госпитализации стоимость лечения больных одной и той же КСГ различна для стационаров разных категорий. Рассчитываемая обычно полная стоимость включает гостиничные услуги, а также затраты на собственно обследование и курс лечения, которые используются для расчета стоимости стационарного лечения застрахованного больного на «микстах», т. е. на наборе различных диагнозов болезней.

Величину полной стоимости ($C_{\text{пол}}$) рассчитывают по формуле:

$$C_{\text{пол}} = C_{\text{КСГ}_1} + C_{\text{КСГ}_2}^{\text{соп}},$$

где $C_{\text{КСГ}_1}$ — полная стоимость лечения основного заболевания, руб.; $C_{\text{КСГ}_2}^{\text{соп}}$ — стоимость обследования и лечения сопутствующих заболеваний, руб.

В том случае, если в течение 5 дней диагноз госпитализированного больного пересматривается и больной переводится в другое отделение, то сумму оплаты за лечение ($C_{\text{леч}}$) определяют следующим образом:

$$C_{\text{леч}} = C_{\text{КСГ}}^{\text{уточ}} + \frac{C_{\text{КСГ}}^{\text{перв}} \cdot D^{\text{перв}}}{D^{\text{норм}}},$$

где $C_{\text{КСГ}}^{\text{уточ}}$ — полная стоимость лечения для уточнения КСГ, руб.;

$C_{\text{КСГ}}^{\text{перв}}$ — стоимость лечения КСГ, установленной первоначально (при госпитализации), руб.; $D^{\text{перв}}$ — дни, проведенные больным в отделении при его первичном поступлении; $D_{\text{КСГ}}^{\text{норм}}$ — нормативное число дней лечения для КСГ, установленной первоначально.

При этом величина $D^{\text{перв}}$ может изменяться в пределах от 1 до 5 дней. При длительности лечения свыше 5 дней оплачивается только 5-дневное пребывание в стационаре. Если по каким-либо причинам больной выписывается из стационара преждевременно, то стоимость его лечения рассчитывается по формуле:

$$C_{\text{леч}} = \frac{C_{\text{КСГ}} \cdot D^{\text{факт}}}{D^{\text{норм}}},$$

где $C_{\text{КСГ}}$ — полная стоимость лечения для данной КСГ, руб.; $D^{\text{факт}}$ — фактическое пребывание больного в стационаре, день; $D^{\text{норм}}$ — нормативная длительность пребывания больного в стационаре, день.

Оценка результатов в случае преждевременной и ранней (досрочной) выписки (ранее нормативного срока) пролеченного больного должна выполняться различным образом. При досрочной выписке больного отделению должна быть оплачена полная стоимость по данной КСГ при соблюдении установленных стандартов. При отказе больного, доставленного в стационар скорой помощью, госпитализироваться ТМО оплачивает стоимость консультации врача.

ТМО возмещает также пребывание матери в стационаре в связи с необходимостью ухода за ребенком в возрасте до 1 года. При этом оплачиваются гостиничные услуги (питание, хозяйственные расходы) из расчета фактического количества дней, проведенных матерью в стационаре. Пребывание в стационаре матерей по уходу за детьми старше 1 года возмещается родителями. Стоимость гостиничных услуг и питания взимается по расценкам, установленным внутри данной больницы и утвержденным вышестоящим органом здравоохранения. Оплата производится через банк, и средства зачисляются на расчетный счет больницы. Если во время пребывания матери в стационаре она проходит обследование и лечение в детском отделении, то эти услуги оплачивает ТМО в соответствии с КСГ.

Обращения пациентов в санпропускники, станции скорой медицинской помощи и травматологические пункты оплачиваются как амбулаторный прием или консультация. Каждое ТМО должно устанавливать свои внутренние цены в соответствии с разработанными КСГ и с учетом общих расходов. Цены для внутренних взаимных расчетов должны быть ниже областных, которые используются для взаимных расчетов с другими ТМО, городскими или областными учреждениями.

При определении КСГ руководство ЛПУ, экспертные комиссии и организационно-экономические службы должны ориентироваться на стандарты качества обследования и лечения больных. Для вычисления коэффициента достижения результата служат утверж-

денные облздравотделом контрольные цифры и различные нормативы Минздрава РФ. Такой подход обеспечивает строгий контроль за объективностью и своевременностью оформления финансовых документов, представленных к оплате в ТМО (например, сводных счетов, отрывных талонов направлений, реестров).

Взаимные отношения между ЛПУ должны строиться на строгом соблюдении договорных обязательств, взаимоуважении и доверии. Возникающие конфликтные ситуации, связанные с лечением (например, расхождение в оценках качества, неправильное оформление документации, завышение цен и т. д.), разбираются экспертными (претензионными) комиссиями на различных уровнях.

7.3. Ценообразование в здравоохранении

В новых социально-экономических условиях лечебно-профилактические услуги выступают в качестве специфического товара, на который должна быть установлена цена. Применявшиеся в плановой экономике модели и методики расчета цены должны быть подвергнуты всестороннему анализу и коррекции с точки зрения возможностей их использования в новых социально-экономических условиях.

Формирование цен на услуги здравоохранения на основе общественно необходимых затрат труда в условиях плановой экономики было теоретически обосновано, но применение этого метода на практике весьма затруднительно, так как измерить общественно необходимые затраты труда в отрасли сложно.

Достаточно отвлеченно такой подход оправдывал лишь необходимость расчета плановой цены на основе среднеотраслевой себестоимости, включения нормы прибыли в единую для всех производителей цену. В рамках плановой экономики традиционный метод ценообразования логически вытекал из практики централизованного руководства экономикой.

Поскольку в основе рыночных отношений в здравоохранении лежит конкуренция медицинских услуг (товаров), затраты на которые индивидуальны, средняя себестоимость и средняя норма прибыли должны формироваться в результате действия экономических процессов, определяемых большим числом вероятностных факторов. Следовательно, использование в качестве исходных принципов ценообразования таких экономических категорий, как средняя себестоимость и средняя норма прибыли, не представляется возможным. При рыночных отношениях функционирование ЛПУ предполагает достижение высоких конечных экономических результатов с минимальными издержками. В этих условиях общественно необходимые затраты труда выступают лишь как следствие применения тех или иных цен, особенно если учесть, что в условиях рынка неприемлемо установление цен на медицинские услуги как суммы себестоимости этих услуг и прибыли, рассчитанной через норматив рентабельности. При наличии негосудар-

ственного сектора ЛПУ определение цены на медицинские услуги требует учета потребительского спроса в соответствии с их качеством и объемом.

В силу специфики обеспечения граждан платными медицинскими услугами возможно использование таких категорий, как предельные нормы рентабельности, социально ориентированные цены, прибыль на рубль вложенных средств. Хотя, конечно, все эти показатели в условиях рыночной экономики не могут «навязываться» производителю услуг (товаров), а их применение по собственной инициативе достаточно проблематично. Многое зависит от того, насколько они необходимы тому, кто устанавливает цены на услуги (товары) и насколько обоснована методология их расчета.

Указанные выше категории можно применять, когда заранее известны и гарантированы потребители услуг (товаров), определены необходимые для этого финансовые ресурсы из госбюджета и других централизованных источников. Однако при существовании спроса и предложения это не всегда реально. Потребительский спрос (особенно на оздоровительно-профилактические услуги) нередко стимулируется за счет снижения тарифов на медицинские услуги. По мере роста спроса потери производителей медицинских услуг будут возмещены тем же пациентом.

В рыночной экономике возможности директивного установления цен на услуги ЛПУ существенно ограничены. Если пациенты не согласны с предлагаемой им ценой, то они могут отказаться от услуг данного учреждения или даже от услуг конкретного профиля, т. е. рыночные отношения предполагают существование равновесной цены, определяемой с учетом потребительского спроса.

В известной мере «затратная» методология применима в условиях страхового здравоохранения. Однако в этом случае механизм рыночных отношений перемещается из области стоимости медицинской услуги в область страховых взносов, в которой оперируют методами и формами страхового дела. При таких отношениях производитель услуг и их получатель выступают в качестве хозяйственных контрагентов (продавца и покупателя). К тому же страховая медицина предполагает монополию тех структур, в которых страховые взносы аккумулируются и распределяются в соответствии с требованиями главного распорядителя бюджетных средств.

В условиях страховой медицины стоимость услуг выражается в опосредованной форме — форме страховых взносов. При этом учитываются, во-первых, издержки страховой организации и, во-вторых, ее предполагаемые доходы (в том случае, если страховая медицинская организация не является бесприбыльной). Качество услуг не может отражаться на цене непосредственным образом, так как в конечном счете оно оценивается потребителем. Улучшение качества медицинских услуг проявляется в увеличении спроса на них. В свою очередь рост спроса способствует повышению доходов и прибыли медицинской организации.

Однако улучшение качества сопровождается, как правило, ростом затрат на оказание лечебно-профилактических (оздоровительных) услуг. Рост затрат может отразиться либо на ценах на оказываемые услуги ЛПУ, либо на прибыли, получаемой этим учреждением.

Выбор уровня цены на предоставляемые медицинские услуги в условиях рынка зависит от ряда факторов:

- цены на данный вид услуг, которую устанавливают конкуренты;

- уровня переменных и постоянных расходов объекта здравоохранения, определяющих полную (коммерческую) себестоимость его услуг;

- предполагаемого объема прибыли этого объекта;

- имеющихся мощностей лечебного учреждения для предоставления услуг.

Влияние перечисленных выше факторов на уровень цены определяется с помощью экономико-математических методов (например, метод корреляционного анализа). Однако эти расчеты достаточно сложны и требуют соответствующего справочно-статистического материала.

Рост цен на оказываемые лечебно-профилактические услуги может сопровождаться, во-первых, сокращением спроса, а во-вторых, возможностью непризнания качественного улучшения услуги потребителем. Появляется вероятность отказа потребителя от использования услуги с повышенной ценой.

Таким образом, важнейшими задачами ценообразования на услуги здравоохранения в условиях рыночных отношений являются, во-первых, создание механизма оперативного учета спроса и предложения (складывающихся на рынке услуг) и, во-вторых, разработка конкретной методики расчета цен. Ценообразование должно базироваться на результатах маркетинговых исследований рынка лечебно-профилактических (оздоровительных) услуг. Результаты ценообразования могут быть достоверными и обоснованными только при условии проведения эффективного маркетинга. Поскольку рынок характеризуется большим количеством постоянно меняющихся факторов, то методика ценообразования должна учитывать возможность установления гибких цен на услуги отрасли.

При этом модель цены должна включать себестоимость и прибыль, несмотря на возникающие проблемы в ходе определения этих составляющих цены. Себестоимость в том виде, в каком она рассчитывалась в условиях плановой экономики, не может служить базой для определения спроса и предложения.

Следовательно, в основе ценообразования лечебно-профилактических услуг в рамках спроса и предложения должна лежать методология маркетинга, т. е. система изучения спроса и предложения. Себестоимость же, прибыль и технологико-экономические задания формируются, исходя из специфики спроса. В условиях

рынка происходит процесс постоянного маневрирования как размером цены, так и ее составными частями.

Ценообразование на страховые медицинские услуги призвано обеспечить расширенное воспроизводство финансовых ресурсов с их специфическими формами проявления цены, методами калькуляции. Функцию цены в отношениях страховых фондов (страхующихся предприятий) выполняет ставка страховых взносов. Хозяйственно-финансовые связи этих фондов с ЛПУ опосредуются системой нормативов возмещения затрат в расчете на 1 пролеченного больного. Оптимальное соотношение уровня и динамики цены должны соответствовать определенным экономическим и социальным критериям.

Складывающаяся система нормативов медицинского страхования должна быть сопряжена с нормативами финансирования лечебно-профилактической сети, так как по каналам медицинского страхования направляются ресурсы, необходимые как для развития системы медицинского обслуживания, так и для обеспечения общественно приемлемых стандартов ее качества. В связи с этим механизм ценообразования особенно важен для медико-страховой системы. Практическое значение приобретают вопросы формирования базовой и дифференцированной страховых ставок, устанавливающих размер отчислений на медицинское страхование.

При разработке проблем ценообразования целесообразно рассмотреть различные способы медицинского страхования: страхование через предприятия, учреждения и организации, а также индивидуальным путем. Медицинское страхование через предприятия охватывает весь трудовой коллектив, при этом каждый член страхуется по коллективной ставке независимо от состояния своего здоровья, а следовательно, и без учета вероятных затрат на его поддержание и улучшение. Учитываются лишь экономический фактор и социально-демографический состав страхуемых. Возвратность средств (внесенных в фонд медицинского страхования) обеспечивается не на уровне отдельного получателя страховых услуг, а для всего контингента застрахованных в целом (согласно принципу общественной солидарности).

Страховые фонды могут создаваться по узким видам специализированной медицинской помощи с соответствующей дифференциацией ставки страхового взноса. Повышение ставок медицинского страхования должно быть адекватно общей динамике хозяйственно-финансовых показателей развития той или иной территории. В таком случае удовлетворение спроса ЛПУ на ресурсы будет проходить не бесконтрольно, а с сохранением финансовой устойчивости фондов медицинского страхования. Действие противозатратных стимулов усиливается в том случае, если затраты на здравоохранение превышают доходную базу территориального медицинского страхования.

При расчетах базовых и дифференцированных ставок за исходный количественный ориентир принимают фактически сложившийся (или перспективный) норматив среднедушевого финанси-

рования служб лечебно-профилактической помощи жителям данной территории. Базовый (усредненный) норматив страхового взноса устанавливается через его соотношение с фондом оплаты труда хозрасчетных предприятий (организаций). Его размер должен обеспечивать необходимые объемы накопления средств для ЛПУ, а также возмещать накладные расходы и с их помощью формировать требуемые финансовые резервы.

Установление норматива страховых взносов в виде процента к фонду оплаты труда придает ему характер целевого социального налога на зарплату. Регулирование денежных доходов и целенаправленное финансирование может быть достигнуто изъятием части прибыли (хозрасчетного дохода) предприятий в виде целевых налогов на разрешение конкретных проблем медицинского обслуживания. Этот способ имеет четкую социальную направленность, так как производимые отчисления не централизуются в госбюджете, а используются для удовлетворения местных потребностей на уровне территорий (в первую очередь для решения социальных задач).

Ставки страховых взносов и общий объем перечислений в страховые фонды количественно могут переоцениваться различными путями: за счет изменения удельного веса работающего населения в общей его численности, анализа динамики заболеваемости, роста удельных затрат на медицинскую помощь в виде повышения ее качества и т. д. Абсолютная численность занятых может определяться эндогенным путем — через фонды заработной платы. В этом состоит одно из преимуществ установления страховой ставки в виде процента к сумме средств на оплату труда.

Размер страхового взноса определяется с учетом большего числа факторов при индивидуальном страховании, чем при коллективном. Принимаются во внимание также состояние здоровья страхователя, его возраст и уровень дохода, конкретные запросы и требования. Последние могут касаться повышенной комфортности условий проведения клинко-диагностических обследований, лечебных мероприятий, использования дорогостоящих медикаментов, врачебного посещения на дому, выбора конкретного ЛПУ и т. д. Выполнение предъявленных требований отражается на величине стоимости лечения, а следовательно, и на величине страхового взноса.

При коллективной же форме страхования используется только определенный стандарт оказания лечебных услуг для каждого члена коллектива.

Ввиду отсутствия обоснованных нормативов и медицинских стандартов на оказываемые услуги, недостаточного развития материально-технической базы объектов здравоохранения при определении базовых и дифференцированных ставок за основу следует принимать уровень расходов на здравоохранение, приходящихся на 1 жителя данной территории.

Таким образом, развитие системы ценообразования на лечебно-

профилактические услуги должно базироваться на экономически обоснованных затратах учреждений здравоохранения. Уровень этих затрат определяется возможностями современной медицинской науки и природой самого патологического процесса. Надежность вычисления размера страховых взносов обусловлена необходимостью совершенствования страховой медицинской статистики.

Измерение общественно необходимых и фактических среднетрасловых издержек в устаревших технологических и организационно-экономических условиях производства лечебно-профилактических услуг затруднено.

Переход к экономически обоснованному планированию развития ресурсов отрасли возможен после решения вопросов, связанных с формированием среднетрасловых цен на различные формы болезней. Это позволит рациональным образом выбирать источники финансирования здравоохранения, планировать доходные статьи на региональном уровне. Для этого требуются разработка системы информационного обеспечения на основе сплошного медико-экономического учета лечения каждого пациента, а также оптимизации затрат по отдельным видам медицинской помощи. Пока же возможен выборочный анализ затрат ЛПУ с усреднением их результатов в рамках типологизации деятельности лечебно-профилактической сети.

Система ценообразования должна базироваться на обоснованной калькуляции цен на лечебно-профилактические услуги. Их функции могут выполнять нормативы бюджетного (либо любого иного договорного) финансирования, в том числе в условиях развития системы медицинского страхования. Нормативный подход к формированию цен требует усреднения однородных форм болезней, однотипных видов медицинского обслуживания с учетом общественно необходимого уровня возмещения затрат на услуги. Тем самым создаются условия для экономии средств персоналом путем интенсификации лечебно-диагностического процесса, сокращения накладных расходов. При этом исходной базой построения нормативов затрат может быть фактически сложившийся их уровень. В едином методологическом подходе нуждается как система ценообразования, так и отдельные способы исчисления ставок страховых взносов в фонды медицинского страхования. Необходимую согласованность медицинских тарифов и страховых ставок может обеспечить использование в качестве ориентира такого показателя, как объем ассигнований на медицинское обслуживание в среднем на 1 жителя отдельно взятой территории.

Наиболее адекватным носителем цены в системе медицинского обслуживания выступает пролеченный больной (стационарно или амбулаторно). Именно он служит объектом нормативного ценообразования и отражает конечный результат деятельности ЛПУ. Однако ориентация на больного не исключает еще необходимости тарификации различных видов медицинских услуг. Целесообраз-

ным представляется поиск совокупных нормативов затрат на 1 пролеченного больного, способов верификации их стоимостных характеристик, заложенных в каждом виде услуги.

Действующие хозяйственный механизм и нормативы бюджетного финансирования в отраслях непродовственной сферы, включая здравоохранение, призваны увеличивать поступление средств в здравоохранение и направление их на цели расширенного воспроизводства. Особенно это касается условий договорного финансирования и возмещения средств за счет фондов медицинского страхования.

Внедрение в практику экономически обоснованных нормативов будет способствовать ускоренному переходу ЛПУ к условиям самфинансирования из фондов производственного и социального развития. Тем самым достигается тесная увязка оплаты труда с объемом и качеством лечебно-профилактической работы. Схема «себестоимость плюс прибыль» (в условиях как медицинского страхования, так и бюджетного финансирования) вполне соответствует цене расширенного воспроизводства услуг.

В последнее время в России значительно возросла роль ценообразования в общем механизме экономического регулирования сферы платных услуг. Однако необходимая глубина происходящих сдвигов в структуре потребления не учитывается еще в полной мере действующей системой цен и тарифов. Так, при увеличении общего объема услуг в 1,5 раза с 1985 по 1991 г. наиболее высокие темпы роста были характерны для услуг платного здравоохранения — в 3,3 раза. С одной стороны, это определялось расширением спроса на лечебно-профилактические услуги в целом, а с другой — повышением платежеспособного спроса определенной части населения.

Главным принципом построения тарифов в здравоохранении должна стать ориентация не на достижение общественно необходимых затрат труда, а на учет базисной сущности цены как денежной формы стоимости услуг (лекарственных средств, изделий медицинского назначения). В этом случае тарифы будут выступать в качестве гибких рыночных регуляторов спроса и предложения на услуги здравоохранения.

В условиях рыночных отношений услуги здравоохранения должны удовлетворять единичные индивидуальные потребности пациента и реализация этих услуг сорпята с ростом издержек, включаемых в состав себестоимости. Повышение качества услуг обусловлено дополнительными затратами труда работников здравоохранения. Естественно, что дополнительно затрачиваемый труд требует соответствующей оплаты.

Высокой степенью гибкости должны обладать и тарифы, в основу которых положена индивидуальная калькуляция в расчете на конкретного пациента. При построении тарифов учитывают действие разнообразных факторов, обусловленных территориальными особенностями реализации различных клинко-диагностических услуг.

Перевод объектов здравоохранения на экономические отношения с государством, соответствующие рыночным методам хозяйствования, будет способствовать расширению самостоятельности лечебно-профилактической сети, экономическому стимулированию труда медицинского персонала. Для первоначального этапа развития новой хозяйственно-финансовой модели здравоохранения при установлении цены вполне приемлема 20 % надбавка к себестоимости медицинских услуг. Она соотносится с народнохозяйственным уровнем рентабельности, его минимальной границей в условиях массового завышения цен предприятиями на оказываемые лечебно-профилактические услуги. В практике же расчетов ЛПУ со страховыми фондами допустимо установление и более высокого уровня рентабельности.

Внедрение свободных и договорных цен в платном секторе здравоохранения должно происходить постепенно, так как несбалансированность потребительского рынка приведет к неконтролируемому инфляционному росту цен и падению покупательной способности населения.

При расчете тарифов и цен необходимо использовать системный подход, что позволит создать целостную систему цен и тарифов на основе нормативно-параметрических методов ценообразования и единых принципов оценки, распространяемых как на существующие, так и на вновь появляющиеся услуги по мере развития медицинской науки и практики.

С учетом специфики предоставляемых услуг и потребностей пациентов (страхователей) в секторе платной (страховой) медицины могут устанавливаться следующие виды цен:

- преискуранные (имеющие аналог в преискуранте);
- договорные (утверждаемые хозрасчетными медицинскими учреждениями);
- лимитные (определяемые страхователем по согласованию с ЛПУ);
- свободные (самостоятельно утверждаемые ЛПУ).

Устанавливаемые цены на лечебно-профилактические услуги (лекарственные средства, изделия медицинского назначения) должны покрывать издержки ЛПУ, быть достаточными для осуществления полноценных расчетов с государственными республиканским и местным бюджетами, а также обеспечивать прибыль этому учреждению, достаточную для его развития и материального стимулирования работающих.

В состав цены каждого вида услуги (работы) включается определенный размер прибыли. Валовая (балансовая) прибыль ЛПУ должна быть достаточной для уплаты налогов (не зависящих от размера прибыли), выплаты процентов по займам. Чистая прибыль ЛПУ направляется на формирование фонда потребления и фонда накопления согласно установленным нормативам; часть чистой прибыли — на формирование резервного (страхового) фонда, размер которого определяется уставом ЛПУ.

Для более полного и эффективного удовлетворения индивиду-

альных запросов пациентов (страхователей) в секторе платных медицинских услуг могут устанавливаться договорные цены. Последние наиболее целесообразно распространять на производство новых (впервые осваиваемых и предоставляемых) услуг, а также услуг, оказываемых по разовым заказам и находящимся в стадии разработки; выполняемых по заказам зарубежных (совместных) фирм и учреждений; других видов услуг и работ, не вошедших в их номенклатурный перечень.

В секторе амбулаторно-поликлинических услуг система ценообразования также базируется на определении норматива затрат в расчете на 1 жителя в зоне деятельности лечебного учреждения.

Необходимый объем затрат на обслуживание населения, закрепленного за поликлиникой, устанавливается в зависимости от группы здоровья каждого жителя. Для этого обслуживаемый контингент условно подразделяют на группы¹:

- здоровые и практически здоровые лица, обращающиеся за помощью исключительно с профилактической целью (профессиональные осмотры, прививки) или за получением справки;

- страдающие хронической патологией (с продолжительной ремиссией) и нуждающиеся преимущественно в постоянном наблюдении;

- больные с острыми формами заболеваний, для которых поликлинические обращения связаны с необходимостью получения лечебно-диагностической (консультативной) помощи;

- больные с часто обостряющимися хроническими заболеваниями, находящиеся в так называемом субкомпенсированном состоянии. Их обращения в поликлиники связаны с необходимостью получения лечебно-диагностической и консультативной помощи;

- страдающие острой хронической патологией; длительно и часто болеющие;

- хронически больные с длительно протекающими и инвалидизирующими заболеваниями (в стадии декомпенсации). Как правило, они обращаются за помощью с лечебно-диагностической (реже консультативной) целью.

Для каждой из перечисленных выше групп больных определяется коэффициент сложности лечения. При этом здоровые и практически здоровые лица, не обращающиеся в поликлинику в течение года, в расчет не принимаются. По каждой из перечисленных групп здоровья рассчитывается сумма коэффициентов, исходя из численности жителей в этих группах с учетом сложности оказания амбулаторно-поликлинической помощи. Для расчета стоимости лечения представителя той или иной группы здоровья в течение года используются эти исходные данные.

В условиях перехода к рынку и расширения экономической

¹ Методические материалы по переводу учреждений здравоохранения на экономические методы управления в условиях перехода отрасли на принципы медицинского страхования. — М.: Минздрав СССР, 1991, т. 4. — С. 7.

самостоятельности учреждений здравоохранения практическое значение приобретает введение так называемой системы абонентской платы для лиц, закрепляемых за конкретным лечебным учреждением. Это необходимо для покрытия части расходов потенциальными потребителями услуг и предоставления им гарантированной лечебно-профилактической помощи.

Финансовые отношения партнеров по медицинскому страхованию во многом определяются характером формирования цен на услуги. Полное возмещение затрат и прибыли (по существующему нормативу) может достигаться путем расчетов за каждого пролеченного больного (или предоставленную услугу). Это тем более необходимо, что в страховых фондах происходит концентрация целевых взносов предприятий по согласованным в договоре ставкам. Накапливаемые при этом денежные средства полностью обеспечивают страховое возмещение и компенсацию накладных расходов, образование финансового резерва. В этих условиях возмещаются затраты фонда медицинского страхования и обеспечивается развитие лечебно-профилактической сети.

Согласно имеющимся оценкам бюджет отрасли может возрасти примерно на 40 % при условии тарифицирования услуг по ценам, включающим амортизацию и прибыль, сохранение объема и ресурсоемкости лечебно-профилактической деятельности на современном уровне. При сложившихся обстоятельствах ставки страховых взносов целесообразно ориентировать на возможный приток денежных средств в условиях введения медицинского страхования одновременно с финансово-экономическим реформированием отрасли здравоохранения.

7.4. Расчет и планирование прибыли и рентабельности в здравоохранении

Прибыль (доход) и рентабельность являются одними из важнейших показателей, характеризующих эффективность здравоохранения.

Прибыль и доход представляют собой финансовые показатели, которые отражают не одну какую-либо сторону хозяйственной деятельности объекта здравоохранения, а конечный результат, т. е. эффективность оказания лечебно-профилактических услуг в целом. Рост прибыли (дохода) означает прежде всего экономию живого и овеществленного труда, увеличение объемов этих услуг и их качества, возрастание государственных финансовых ресурсов, а также финансовых ресурсов, оставляемых в распоряжении объекта здравоохранения.

В табл. 3 приведена схема формирования доходов и прибыли объекта здравоохранения, основанная на существующем механизме рыночных взаимоотношений различных хозяйственных субъектов.

Степень доходности объекта здравоохранения, а также оказываемых им услуг (производимой продукции) характеризуется по-

Таблица 3

Механизм формирования доходов и прибыли объекта здравоохранения

Номер строки	Показатель	Порядок расчета
1	Валовый объем реализации услуг (продукции) учреждения здравоохранения	Стр. 1—2
2	Налоги и акцизы в валовом объеме реализации	
3	Чистый объем реализации	
4	Себестоимость реализации услуг (продукции)	
5	Валовая коммерческая прибыль (маржинальный доход)	Стр. 3—4
6	Общехозяйственные расходы	
7	Коммерческие расходы	Стр. 5—6—7
8	Чистая коммерческая прибыль (убыток)	
9	Прочие поступления и доходы	
10	Прочие расходы и убытки	Стр. 8—9—10
11	Валовая балансовая прибыль (убыток)	
12	Расходы на выплату процентов	Стр. 11—12
13	Балансовая прибыль (убыток)	
14	Налог на прибыль	Стр. 13—14
15	Чистая прибыль (убыток)	

казателями рентабельности, которые рассчитывают для определения объема и качества предоставляемых услуг, оценки эффективности капитальных вложений.

Условная активность страховой медицинской организации или ЛПУ характеризуется рентабельностью оборота:

$$R_o = \frac{П_6}{Q_ч},$$

где R_o — рентабельность оборота; $П_6$ — балансовая прибыль объекта здравоохранения, руб.; $Q_ч$ — чистый объем реализации услуг (товаров), руб.

Анализируемый показатель отражает положение объекта здравоохранения на рынке медицинских услуг (монопольное, лидирующее, предприятие-аутсайдер). Степень прибыльности учреждения здравоохранения определяется нормой прибыли на вложенные средства (капитал). Для этой цели рассчитывают рентабельность вложенных средств (капитала) по следующей формуле:

$$R_k = \frac{П_6}{B} = R_o q,$$

где R_k — рентабельность капитала; $П_6$ — балансовая прибыль объекта здравоохранения; R_o — рентабельность оборота; B — итог баланса учреждения здравоохранения, руб.; q — оборачиваемость капитала учреждения здравоохранения.

С целью определения степени прибыльности собственных средств объекта здравоохранения устанавливается рентабельность

собственных средств (собственного капитала) по следующей формуле:

$$R_c = \frac{P_c}{K_c},$$

где R_c — рентабельность собственных средств (собственного капитала) объекта здравоохранения; P_c — чистая прибыль объекта здравоохранения, руб.; K_c — собственные средства (собственный капитал) объекта здравоохранения, руб.

Рентабельность оказываемых услуг (производимой продукции) учреждением здравоохранения определяется по следующей формуле:

$$R_{yc(np)} = \frac{Ц_{yc(np)} - C_{yc(np)}}{Ц_{yc(np)}},$$

где $R_{yc(np)}$ — рентабельность оказываемых услуг (производимой продукции); $Ц_{yc(np)}$ — цена оказываемых услуг (производимой продукции), руб.; $C_{yc(np)}$ — себестоимость оказываемых услуг (производимой продукции), руб.

К числу важных показателей оценки хозяйственной деятельности ЛПУ относится объем оказываемых услуг в стоимостном выражении (Q_c), свидетельствующий не только о масштабах деятельности ЛПУ, но и о темпах развития объекта здравоохранения. Кроме того, Q_c является также базовым для вычисления относительных показателей эффективности хозяйственной деятельности ЛПУ. Например, для оценки эффективности всех средств, имеющих в распоряжении ЛПУ, рассчитывается коэффициент, характеризующий соотношение между показателями Q_c и B .

$$k_z = \frac{Q_c}{B},$$

где B — итог баланса учреждения здравоохранения, руб.

Эффективность использования средств, вложенных в основной капитал учреждения здравоохранения, оценивается коэффициентом k_o , определяемым по следующей формуле:

$$k_o = \frac{Q_c}{K_o},$$

где K_o — основной капитал учреждения здравоохранения, руб.

Рост показателей k_z и k_o означает либо повышение эффективности работы ЛПУ, либо инфляционный рост цен. В последнем случае может снижаться рентабельность использования средств ЛПУ.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ПРОИЗВОДСТВЕННО-ХОЗЯЙСТВЕННОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОБЪЕКТОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

8.1. Совершенствование экономического анализа производственно-хозяйственной деятельности объектов здравоохранения в условиях перехода к рыночным отношениям

Переход к новым условиям хозяйствования вносит кардинальные изменения в процессы управления, планирования, учета и анализа хозяйственной деятельности объектов здравоохранения. Становление рыночных отношений влечет за собой не только изменение организационно-правового статуса учреждений отрасли но и развитие новых видов деятельности, в первую очередь медицинского страхования.

Введение системы медицинского страхования требует проработки вопроса о выборе страховыми компаниями ЛПУ для обслуживания застрахованных пациентов. При заключении договора стороны (страховая медицинская компания и ЛПУ) должны знать финансовое положение и платежеспособность друг друга, уровень квалификации кадров и т. д. Поэтому необходим тщательный экономический анализ хозяйственной деятельности объектов здравоохранения. При плановой экономике экономический анализ хозяйственной деятельности учреждений отрасли был направлен в основном на обоснование плановых заданий ЛПУ и степени напряженности их планов.

В условиях рыночной экономики стратегической задачей любого предприятия (учреждения, организации) становится повышение качества и конкурентоспособности производимой продукции и услуг с целью получения максимальных экономических результатов (прибыли) от их реализации. Поэтому главными задачами экономического анализа хозяйственной деятельности объектов здравоохранения становятся выявление их внутренних резервов и выбор приоритетных направлений вложения собственных и заемных средств для повышения финансовой устойчивости. В связи с этим экономический анализ хозяйственной деятельности объектов МТК целесообразно проводить по следующим основным направлениям:

- техническое и социальное развитие учреждения (предприятия), организация лечебно-профилактической, санитарно-оздоровительной и природоохранной деятельности;

- повышение качества и конкурентоспособности оказываемых медицинских услуг (производимой продукции); внешнеэкономическая деятельность и перспективы выхода на мировой рынок;

- финансовая устойчивость и платежеспособность объектов здравоохранения;

— формирование и использование доходов и прибыли этих объектов;

— изменения в области стратегического и текущего планирования, а также оценка результатов хозяйственной деятельности учреждений (предприятий);

— методы управления и их мотивационные характеристики и др.

В процессе экономического анализа необходимо анализировать и обратные связи, т. е. определять влияние конечных результатов деятельности объектов здравоохранения на возможности их технического, экономического и социального развития.

Выполнение основной задачи экономического анализа в отрасли достигается решением ряда частных задач, среди которых можно выделить:

— определение эффективности использования основных фондов и оборотных средств ЛПУ;

— выявление тенденций и факторов изменения производительности труда и заработной платы медицинских работников;

— выявление возможностей снижения себестоимости оказываемых медицинских услуг (производимой продукции);

— контроль использования собственных и заемных средств и т. д.

В условиях рыночной экономики экономический анализ подразделяется на внешний и внутренний. **Внешний анализ** связан с оценкой рентабельности работы учреждения (организации, предприятия), интенсивности использования капитала и его финансового положения в целом. На основе результатов внешнего анализа определяются взаимоотношения объекта здравоохранения с акционерами, кредиторами и налоговыми органами.

Кроме того, результаты внешнего экономического анализа управляют положением объекта здравоохранения в отрасли и национальной экономике, формируя его соответствующий имидж. Задачи внешнего экономического анализа диктуются экономическими потребностями различных пользователей информации, например отчетность акционерных (страховых) компаний интересует акционеров, которые хотят быть уверенными в надежности своих вложений; держателей акций и облигаций предприятия медицинской промышленности — степень его платежеспособности. Внимание налоговых органов может быть сконцентрировано на имущественном состоянии объекта, его прибылях и убытках и пр.

Внутренний анализ хозяйственной деятельности учреждений здравоохранения рассматривает механизм достижения главной цели — экономических результатов. Являясь одним из важных средств конкурентной борьбы, результаты внутреннего анализа представляют коммерческую тайну учреждения (организации, предприятия). Для внутреннего экономического анализа используется весь комплекс экономической информации ЛПУ. В процессе этого анализа необходимо проследить формирование прибыли страховой медицинской организации (ЛПУ), структуру себестои-

мости оказываемых услуг (производимой продукции), характер и причины отклонения цен на услуги (продукцию) от запланированных (бюджетных) и т. д.

Важным этапом экономического анализа хозяйственной деятельности объектов здравоохранения является рассмотрение показателей их финансовой устойчивости и платежеспособности. Взаимно дополняя друг друга, эти показатели дают возможность всесторонне оценить финансовое положение объекта здравоохранения. Его финансовая устойчивость определяется в соответствии со структурой баланса. При этом для оценки финансовой устойчивости рассчитывается ряд показателей. Так, например, коэффициент автономии характеризует удельный вес собственного капитала в итоговой сумме всех средств, авансированных данному объекту, и его рассчитывают по следующей формуле:

$$k_a = \frac{K_c}{B},$$

где k_a — коэффициент автономии; K_c — общая сумма собственных средств (собственного капитала) объекта здравоохранения, руб.; B — итог баланса объекта здравоохранения, руб.

Таким образом, коэффициент автономии определяет, насколько объект здравоохранения (страховая медицинская организация, ЛПУ) независим от заемного капитала. Чем большими собственными средствами располагает данный объект, тем большую экономическую свободу он имеет при реагировании на изменение внешних факторов рынка. Поэтому объекты отрасли стремятся большую часть прибыли удерживать в своем распоряжении, создавая для этой цели различные страховые фонды из валовой (балансовой) и чистой прибыли.

Желательно, чтобы коэффициент автономии превышал 0,5, т. е. чтобы сумма собственных средств страховой медицинской организации (акционерного общества) была бы больше половины всех средств, которыми объект располагает. В этом случае весь заемный капитал может быть компенсирован собственностью объекта отрасли.

Коэффициент задолженности, позволяющий определить, не злоупотребляет ли учреждение (страховая медицинская организация) заемными средствами, рассчитывают по следующей формуле:

$$k_z = \frac{Q_{кз} + Q_d}{K_c},$$

где k_z — коэффициент задолженности; $Q_{кз}$ и Q_d — краткосрочные и долгосрочные займы данного учреждения, руб.; K_c — общая сумма собственных средств (собственного капитала) объекта здравоохранения, руб.

Желательно, чтобы выполнялось соотношение $k_z \leq 1$.

Финансовая устойчивость объекта здравоохранения характеризуется не только составом источников капитала, но и правильно-

стью его вложения в активы. Для этой цели определяется коэффициент маневренности, означающий ту часть собственных капиталов страховой медицинской организации (акционерного общества), которая находится в мобильной форме и позволяет относительно свободно маневрировать этими средствами:

$$k_m = \frac{K_{об}^c}{K_c},$$

где k_m — коэффициент маневренности; $K_{об}$ — сумма собственных средств объекта здравоохранения, вложенных в оборотные средства (оборотный капитал), руб.; K_c — общая сумма собственных средств (собственного капитала) объекта здравоохранения, руб.

Коэффициент маневренности должен быть достаточно высоким (больше 0,5). В этом случае можно предположить, что администрация учреждения здравоохранения проявляет достаточную гибкость в использовании собственных средств.

Для определения платежеспособности объекта здравоохранения целесообразно пользоваться внутрибалансовыми сопоставлениями и измерять их в относительных показателях.

Коэффициент покрытия характеризует отношение мобильных (оборотных) средств объекта отрасли к его краткосрочной задолженности:

$$k_n = \frac{K_{об}}{Q_{кз}},$$

где k_n — коэффициент покрытия (ликвидности); $K_{об}$ — мобильные (оборотные) средства объекта здравоохранения, руб.; $Q_{кз}$ — величина краткосрочных займов (кредитов) объекта здравоохранения, руб.

Коэффициент покрытия свидетельствует о платежной возможности учреждения здравоохранения, оцениваемой при условии не только своевременных расчетов с дебиторами и благоприятной ситуации в реализации услуг (продукции), но и продажи в случае необходимости прочих элементов материальных оборотных средств. Желательно, чтобы в этой ситуации выполнялось неравенство $k_n \geq 2$.

Коэффициент абсолютной ликвидности определяется сопоставлением наиболее ликвидной части оборотных средств, т. е. наличных денег и вложений в ценные бумаги, с кратковременной задолженностью объекта здравоохранения.

$$k_{ал} = \frac{D_c + Ц_б}{Q_{кз}},$$

где $k_{ал}$ — коэффициент абсолютной ликвидности; D_c — сумма наличных денег объекта здравоохранения, руб.; $Ц_б$ — сумма вложений в ценные бумаги, руб.; $Q_{кз}$ — величина краткосрочных займов (кредитов) объекта здравоохранения, руб.

Коэффициент абсолютной ликвидности отражает, какую часть краткосрочной задолженности объект здравоохранения может погасить в ближайшее время (на день составления баланса).

Желательно, чтобы выполнялось неравенство $k_{ал} \geq 0,2 \div 0,7$.

Следующим этапом экономического анализа является определение коэффициента оборачиваемости средств, которые одновременно свидетельствуют о степени их окупаемости по отчетности страховой медицинской организации или ЛПУ. Эти коэффициенты могут рассчитываться также внешними пользователями услуг для различных групп средств (собственных и заемных, дебиторской и кредиторской задолженности, мобильных средств, товарно-материальных ценностей, готовой продукции, незавершенного производства и пр.). Характеризуя скорость обращения (ее задолженность), эти коэффициенты рассчитывают как отношение объема реализации к различным видам средств.

Важным разделом внутреннего экономического анализа является расчет точки безубыточности хозяйственной деятельности объекта здравоохранения. Для этой цели определяется критический объем реализации услуг (продажа продукции), при котором затраты, связанные с их выпуском, покрываются получаемым доходом. При объеме реализации услуг (продажа продукции), равном критическому, объект здравоохранения не имеет ни прибыли, ни убытков.

Для определения точки безубыточности могут использоваться графический или аналитический методы.

Переменные расходы в структуре себестоимости изменяются прямо пропорционально объему реализации услуг (продукции) объекта здравоохранения. В первую очередь это прямые затраты ресурсов, связанные с предоставлением медицинских услуг или выпуском лекарственных средств и медицинских товаров, а также продвижением их к потребителю.

Постоянные расходы объекта здравоохранения не зависят от объемов оказываемых медицинских услуг, выпуска лекарственных средств и медицинских товаров. К постоянным расходам относятся:

- амортизация активной и пассивной частей основных фондов объекта здравоохранения;
- заработная плата административно-управленческого персонала;
- расходы на проведение научно-исследовательских работ;
- расходы на маркетинг (включая рекламу);
- плата за факторинг;
- затраты, связанные с обучением и переобучением персонала объекта здравоохранения;
- затраты на консалтинговые услуги в различных областях деятельности объекта здравоохранения и т. д.

Тогда себестоимость оказания медицинских услуг, выпуска лекарственных средств и товаров медицинского назначения составит:

$$C = P \cdot N + H,$$

где P — переменные расходы объекта здравоохранения, связанные

с оказанием медицинских услуг, производством лекарственных средств и товаров медицинского назначения, руб.; H — постоянные расходы объекта здравоохранения, связанные с оказанием медицинских услуг, производством лекарственных средств и товаров медицинского назначения, руб.; N — объем (в натуральном выражении) оказанных медицинских услуг, произведенных лекарственных средств и товаров медицинского назначения.

Выручка, полученная от продажи медицинских услуг, лекарственных средств и товаров медицинского назначения, будет равна:

$$Q_{\text{ч}} = C \cdot N,$$

где C — цена единицы медицинской услуги, лекарственного средства или медицинского товара, руб.

Тогда прибыль объекта здравоохранения составит следующую величину:

$$\Pi = Q_{\text{ч}} - C,$$

где $Q_{\text{ч}}$ — выручка, полученная от продажи медицинских услуг, лекарственных средств или товаров медицинского назначения, руб.; C — себестоимость оказания медицинских услуг, выпуска лекарственных средств и товаров медицинского назначения, руб.

Для того чтобы деятельность объекта здравоохранения была прибыльной, необходимо превышение выручки от продажи себестоимости. Тот объем (в натуральном выражении) оказанных медицинских услуг, произведенных лекарственных средств или товаров медицинского назначения, при котором выручка покрывает затраты, называют критическим и определяют по следующей формуле:

$$Q_{\text{кр}} = \frac{H}{C - P}.$$

Часто величину $Q_{\text{кр}}$ называют точкой безубыточности хозяйственной деятельности объекта здравоохранения.

Величина точки безубыточности зависит от ряда факторов. Наиболее существенными из них являются величины переменных и постоянных расходов объекта здравоохранения, а также полученной выручки.

С точки зрения максимизации прибыли объекта здравоохранения (страховая медицинская организация, акционерное общество, ЛПУ) необходимо стремиться, чтобы критический объем продаж (точка безубыточности) составлял минимальную величину. Для этого администрации объекта здравоохранения необходимо, во-первых, снижать величины переменных и постоянных расходов (например, за счет экономии материальных ресурсов), а во-вторых, увеличивать размер выручки от реализации медицинских услуг (продажа лекарственных средств и товаров медицинского назначения), например за счет увеличения объема их производства, а также повышения цен на предоставляемые услуги (производимую продукцию).

Приведенные выше формулы используются для факторного анализа прибыли объекта здравоохранения. При этом выполняется экономический анализ влияния на прибыль количества и структуры оказываемых услуг (произведенной продукции), уровня цен и динамики их изменения, уровня постоянных расходов объекта здравоохранения. Данные, полученные в ходе проведенного анализа, являются основой для разработки стратегии деятельности объекта здравоохранения в условиях конкуренции на рынке услуг.

Учитывая, что деятельность учреждений здравоохранения представляет собой достаточно сложный социально-экономический процесс, то, очевидно, общая стратегия этой деятельности должна подразделяться на ряд составляющих: стратегия маркетинговая; производства услуг (товаров); снабженческо-сбытовая; финансовая и т. д. Только в этом контексте экономический анализ способен стать действенным инструментом выбора экономически эффективных стратегий, разработки управленческих решений в условиях перехода к рыночной экономике.

8.2. Трудовые ресурсы и оплата труда медицинских работников в условиях перехода к рыночным отношениям

Эффективность функционирования здравоохранения во многом зависит от количества и структуры занятых в этой сфере трудовых ресурсов, а также степени их применения. Поэтому одной из важнейших проблем здравоохранения в условиях перехода к рыночным отношениям становится формирование и рациональное использование трудовых ресурсов отрасли.

Специфика лечебно-профилактической деятельности обуславливает особенности интеграции живого и овеществленного труда в единую систему управления, в которой влияние субъективных факторов управления значительно выше, чем в сфере материального производства. В процессе анализа систем управления материального производства наиболее значимы мероприятия по замене живого труда овеществленным (например, за счет комплексной автоматизации производственных процессов), повышающие эффективность функционирования производственных комплексов. В системе управления здравоохранительными процессами наметить и реализовать аналогичные мероприятия значительно сложнее.

Анализ статистических данных показывает, что в промышленно развитых странах не только растут расходы на здравоохранение, но и увеличивается численность населения, занятого в этой социально значимой сфере. При этом обеспеченность отрасли кадрами следует рассматривать комплексно — с точки зрения ее обеспеченности как врачебным и средним медицинским персоналом, так и вспомогательно-техническим.

В настоящее время в здравоохранении России обеспеченность врачебными кадрами соответствует нормативу. Так, при нормативе

обеспеченности, равном 43,8 врача в расчете на 10 000 человек населения, фактическая обеспеченность составляет 44,9. Между тем остро ощущается нехватка медицинских сестер и вспомогательно-технического персонала, что обусловлено низкой оплатой их труда и тяжелыми условиями работы.

Труд работников здравоохранения высшего, среднего и младшего звена образует единый медико-социальный комплекс. Поэтому проблема обеспечения отрасли трудовыми ресурсами должна решаться комплексно, включая вопросы организации и оплаты труда, подготовки кадров. До недавнего времени все задачи этой проблемы решались, как правило, изолированно, что в определенной мере способствовало созданию кризисной ситуации в здравоохранении.

В настоящее время потребность учреждений здравоохранения в специалистах определяется на основе нормативов обеспеченности населения врачами и средним медицинским персоналом. Расчет нормативов — это достаточно сложный и многогранный процесс, в ходе которого выявляются, анализируются и обобщаются различные факторы, определяющие потребность населения в лечебно-профилактической помощи.

На основе изучения уровня и структуры заболеваемости населения устанавливается необходимый объем медицинских услуг, в том числе посещаемость амбулаторно-поликлинических учреждений, число вызовов скорой и неотложной помощи, частота госпитализаций, потребность в санаторно-курортном лечении и т. д.

В процессе разработки нормативов изучаются организационно-экономические аспекты деятельности медицинских работников различных категорий. При этом анализируется продолжительность их работы, нагрузка, структура труда и совместительства, оснащенность ЛПУ техническими средствами и оборудованием, изучаются границы разделения труда и т. д. Особое внимание обращается на качество лечебно-профилактической помощи, возможности расширения ее границ, разукрупнения терапевтических и педиатрических участков, развития учреждений скорой помощи, сельских участковых больниц и амбулаторий, совершенствования специализированных служб.

Нормативы потребности в медицинских кадрах постоянно корректируются в соответствии с требованиями науки и практики здравоохранения.

Повышение эффективности здравоохранения невозможно без кардинальных изменений оплаты труда персонала. Поэтапное повышение заработной платы медицинских работников в предшествующие годы не повлекло за собой улучшения качества лечебно-профилактической помощи; это можно объяснить тем, что существовавшая система оплаты труда не была нацелена на достижение высоких конечных результатов — повышение уровня здоровья граждан и качества оказываемой медицинской помощи.

Основные недостатки существовавшей системы оплаты труда в здравоохранении обуславливались:

- низкой эффективностью использования ресурсов вследствие жесткой регламентации сметы расходов;
- отсутствием экономической самостоятельности объектов отрасли;
- неразработанностью эффективной системы стимулирования работников по конечным результатам деятельности.

Известно, что в большинстве промышленно развитых стран медицинские работники имеют заработную плату на 7—35 % выше, чем в среднем по стране. В США, например, главный врач многопрофильной больницы получает годовой доход в размере 140 тыс. долл. При этом заработная плата врачей дифференцируется в зависимости от социально-экономических, климато-географических, экологических и демографических характеристик проживающих на той или иной территории страны.

Результаты анализа свидетельствуют о том, что при изучении состояния организации труда в здравоохранении не соблюдается комплексного подхода к обоснованию норм, не учитывается уровень творческого потенциала врачей, а также конечный результат деятельности персонала и объектов отрасли в целом. Кроме того, уровень оплаты труда работников устанавливается без учета особенностей его условий, технической оснащенности ЛПУ и степени использования новейших медицинских технологий.

Поэтому реформа оплаты труда в отрасли является объективной необходимостью в условиях ее перехода к рыночным отношениям. Цель этой реформы — формирование эффективной системы материальной заинтересованности работников здравоохранения в достижении высоких конечных результатов.

Основными принципами реформы оплаты труда медицинских кадров являются:

- вознаграждение работников в размерах, объективно отражающих их личный трудовой вклад и учитывающих конечные результаты деятельности коллективов;
- предоставление объектам здравоохранения различных форм собственности, максимальной самостоятельности в решении вопросов оплаты труда;
- государственная регламентация размеров минимальной заработной платы работникам отрасли вне зависимости от формы собственности учреждений (организаций, предприятий).

Рыночные отношения предполагают создание нового мотивационного механизма трудовой активности работников здравоохранения.

Общественные фонды потребления в условиях рынка гарантируют социальную защищенность только наименее обеспеченных слоев населения. Потребности трудоспособного населения удовлетворяются за счет фондов оплаты труда.

При расчете себестоимости в состав затрат на оплату труда включаются:

- заработная плата по сдельным расценкам, тарифам и окладам;

— стоимость продукции, выдаваемой в порядке натуральной оплаты труда;

— выплаты стимулирующего характера, премии за производственные результаты (в том числе вознаграждение по итогам работы за год, надбавки и доплаты);

— оплата дополнительных и очередных отпусков;

— выплаты работникам в связи с реорганизацией, сокращением численности и штата предприятия;

— единовременное вознаграждение за выслугу лет;

— выплаты, обусловленные районным регулированием оплаты труда.

Происходящие процессы разгосударствления и приватизации собственности позволяют эффективнее решать задачу создания качественно новых стимулов к труду, обеспечивать реальную взаимосвязь между доходами медицинских работников и конечными результатами труда. В условиях акционерной формы собственности владение акциями объекта здравоохранения может принести существенный доход акционерам в форме дивиденда по акциям.

В соответствии со статьей 26 Закона РФ «О предприятиях и предпринимательской деятельности» предприятия вправе самостоятельно устанавливать формы системы и размер оплаты труда своих работников, а также другие виды их доходов. Независимо от вида собственности и организационно-правовой формы предприятие должно обеспечивать гарантированный законом минимальный размер оплаты труда, условия труда и меры социальной защиты работников. Минимальный уровень оплаты труда определяется путем расчета прожиточного минимума по специальной методике.

Переход к рыночным отношениям предполагает усиление роли государства как регулятора оплаты труда работающих граждан. Функция регулирования оплаты труда работников может быть успешно реализована при следующих условиях:

— изменения уровня минимальной оплаты труда медицинского персонала в зависимости от инфляции и роста эффективности общественного производства;

— усиления воспроизводственной и стимулирующей функции оплаты труда на основе использования гибкой тарифной системы;

— создания равных экономических возможностей для оплаты труда вне зависимости от формы собственности и организационно-правовой формы учреждения (организации, предприятия);

— законодательной гарантии в самостоятельном установлении ЛПУ форм, систем и размеров оплаты труда, а также других видов доходов работников.

В настоящее время в России в бюджетных отраслях народного хозяйства (включая здравоохранение) осуществлен переход на единую тарифную систему оплаты труда. Новая тарифная система обеспечивает нарастание оплаты труда — от низшей квалификационной группы к более высокой. В тарифной системе предусмотрено ныне 18 разрядов, установлены соответствующие тарифные

коэффициенты, представляющие собой соотношение между оплатой труда данного разряда и первого. Кроме того, учреждения здравоохранения получили право самостоятельно повышать ставки и оклады сверх установленных государственными органами. Источником их повышения в хозяйственных организациях отрасли являются доходы от хозяйственной деятельности, а в бюджетных организациях — средства соответствующих бюджетов.

Преимуществами единой тарифной сетки являются:

- обеспечение единства воспроизводственной и стимулирующей функции оплаты труда независимо от сферы его приложения;
- переход от отраслевого к межотраслевому профессионально-квалификационному принципу регулирования оплаты труда;
- создание стимулов к постоянному повышению уровня квалификации работающих.

Оплата труда работников здравоохранения имеет некоторые особенности. Для их учета необходимо создать специальный механизм управления оплатой труда работников с фиксированным доходом. Роль здравоохранения в развитии социальной инфраструктуры общества возрастает, однако бюджетный характер финансирования объектов отрасли ограничивает их возможности в зарабатывании собственных средств, в том числе и на оплату труда.

Основу организации оплаты труда медицинского персонала составляют централизованно утверждаемые ставки и оклады, уровень которых соответствует оплате труда работников производственных отраслей. При оплате труда руководителей и специалистов предусмотрен отказ от вилки окладов и переход к фиксированным окладам по каждой квалификационно-должностной группе с сохранением сложившейся практики установления надбавок за сложность и эффективность труда.

Прогрессивной формой оплаты труда руководителей, специалистов, научных работников и государственных служащих в условиях рыночных отношений является контрактная форма оплаты труда. При заключении контракта с этими категориями работающих централизованно устанавливается уровень их оклада. Основой для расчета величины оклада соответствующего работника служит действующая единая тарифная система. Кроме того, при установлении величины оклада необходимо учитывать специфику деятельности: сочетание функций специалиста и организатора работы, степень ответственности, масштабы производства (сложность принимаемых управленческих решений) и ряд других факторов.

На каждом иерархическом уровне системы управления бюджетной организации здравоохранения выделяется фонд оплаты труда государственных служащих. Размеры должностных окладов дифференцируются по квалификационным группам на основе единой тарифной сетки. Известно, что в мировой практике принято определенное ограничение трудовых прав государственных служащих (например, запрет на участие в забастовках). Поэтому при

формировании системы оплаты их труда должны быть предусмотрены определенные компенсационные надбавки.

Весьма эффективной в современных условиях становится подрядная система оплаты труда, которая способна стимулировать внедрение более эффективных (с экономической точки зрения) медицинских технологий. Профилактическая деятельность ТМО может быть усилена за счет большей ответственности работников амбулаторно-поликлинического звена и одновременной интенсификации больничной помощи, обеспечения более тесной преемственности на всех этапах клинико-диагностического обследования, лечения и наблюдения за пациентами. Тем самым создаются условия для повышения экономической заинтересованности и ответственности трудовых коллективов ТМО за предоставление максимального объема качественной лечебно-профилактической помощи наиболее эффективным образом. Выбору оптимальных путей достижения поставленных целей способствует реальная самостоятельность коллективов ТМО (его структурных подразделений), а также жесткая экономическая ответственность за конечные результаты медико-санитарной деятельности.

Переход к рыночной экономике в здравоохранении России предусматривает изменение форм оплаты труда медицинского персонала, в частности, уход от сдельной к повременной и повременно-премиальной формам оплаты его труда. В случае повременной формы оплаты труда размер материального вознаграждения зависит от тарифной ставки соответствующего разряда и количества отработанного времени. При повременно-премиальной форме оплаты учитываются надбавки за высокое качество работы и премии за конечные результаты труда.

При значительном разрыве между временем производства трудовых затрат и получением конечных результатов целесообразна подрядная форма организации и оплаты труда работников отрасли. Распространение получают также коллективные формы материального стимулирования. В этом случае размер оплаты труда отдельного медицинского работника находится в прямой зависимости от конечных результатов деятельности трудовых коллективов ЛПУ.

Специфика организации труда в отдельных службах и подразделениях социально-медицинского комплекса требует разработки индивидуальных систем премирования, установления индивидуальных доплат и надбавок за результаты труда. Целесообразно также расширить диапазон применения натуральной формы оплаты труда, а для стимулирования выпуска продукции (изделий медицинского назначения), соответствующей мировым стандартам, использовать оплату труда за счет валютных средств учреждений отрасли.

В соответствии с действующим законодательством РФ система оплаты труда должна также решать вопросы компенсации негативных условий труда, регулировать права и обязанности работающих. В этом случае повышается роль коллективных договоров, заключаемых трудовыми коллективами с администрацией организации (предприятия).

Основным регулятором уровня оплаты труда в условиях рыночных отношений становится рынок труда. При наличии рынка рабочей силы размер пособий по безработице должен гарантировать сохранение потенциала высококвалифицированных медицинских кадров, временно не занятых в сфере основной трудовой деятельности. Для нетрудоспособных слоев населения целесообразно предусматривать выделение прямых компенсационных дотаций из бюджета.

Рост стоимости жизни предполагает усиление стимулирующей функции оплаты труда. Государство, индексируя оплату труда, приводит ее в соответствие с ростом цен на основные потребительские товары и услуги. На уровне отдельного ЛПУ может использоваться система индивидуального повышения оплаты труда за достижение высоких конечных результатов. В современных условиях критериями, определяющими размер оплаты труда медицинского персонала, могут служить уровень квалификации работника, сложность выполняемой им работы и результативность труда. Соответствующие надбавки целесообразно устанавливать за освоение профессий, необходимых конкретному лечебному учреждению.

К сожалению, в современных условиях многие лечебные учреждения стали увеличивать фонд оплаты труда не за счет роста его производительности, а за счет прибыли, повышения цены на предоставляемые услуги (производимую продукцию). Широкие масштабы применения договорных цен и отсутствие системы ограничений на оплату труда способствуют усилению инфляционных процессов в экономике России.

8.3. Механизм налогообложения объектов здравоохранения на современном этапе

Налоги, представляющие собой нормативную форму обложения доходов юридических и физических лиц, характеризуются обязательностью и срочностью платежей. В связи с этим налоговому учету подлежат суммы, ставки, сроки и способы уплаты налогов.

В настоящее время в России принят пакет документов по налогообложению, учитывающий особенности переходного периода страны от плановой к рыночной экономике. Этим в налоговой политике обеспечивается принцип равенства налогоплательщиков перед законом независимо от их организационно-правового статуса. Во-первых, это позволяет эффективно пополнять государственный бюджет финансовыми ресурсами, а во-вторых, использовать налоги в качестве инструмента экономического регулирования. В соответствии с действующими в России нормативно-законодательными актами в области налогообложения все виды налогов на территории России разделены на несколько уровней.

Законодательством РФ определяются объекты налогообложения, размер ставок, состав налогоплательщиков и порядок зачисления средств в бюджет по общегосударственным (федеральным) налогам.

Федеральные налоги — налог на добавленную стоимость; на прибыль; на операции с ценными бумагами; на пользование автомобильными дорогами; акцизы; подоходный налог с физических лиц; таможенная пошлина; гербовый сбор и государственная пошлина. Перечисленные выше налоги на территории России взимаются по единым ставкам.

Республиканские налоги — налог на доходы от продажи концессий; на имущество предприятий, лесной доход, плата за пользование природными ресурсами и ряд других.

Наиболее значимыми из числа местных налогов являются земельный, регистрационный сбор с физических лиц (занимающихся предпринимательской деятельностью); налог на рекламу; сбор на право пользоваться местной символикой; налог на содержание милиции, на перепродажу автомобилей, компьютерной техники и ряд других.

Таким образом, в соответствии с законами РФ часть республиканских и местных налогов взимается в обязательном порядке. Ряд налогов устанавливается местными органами власти. Решениями республиканских или местных органов власти (в пределах их компетенции) некоторые учреждения здравоохранения могут полностью или частично освобождаться от уплаты налогов, например, они освобождаются от уплаты налога на добавленную стоимость на федеральном уровне. Местные органы власти могут снижать ставку налога на прибыль, направляемую в местный бюджет. При этом индивидуальные льготы запрещены, поскольку они должны распространяться на все учреждения данного типа (профиля).

В настоящее время часть медицинских учреждений полностью финансируется за счет средств государственного бюджета, благотворительных взносов и пожертвований. Медицинские учреждения некоммерческого характера вправе оказывать услуги с целью получения прибыли, которая перечисляется в фонды здравоохранения. Медицинские предприятия действуют на основании Закона РФ «О предприятии и предпринимательской деятельности», поэтому они подлежат налогообложению, механизм которого определен действующим в России налоговым законодательством.

Таким образом, финансирование деятельности объектов здравоохранения из различных источников определяет и различные подходы к их налогообложению. Медицинские учреждения облагаются налогами согласно правилам той группы, к которой они относятся в зависимости от формы их собственности и организационно-правового статуса.

Деятельность бюджетных ЛПУ первой группы, составляющих примерно 30—40 % от общей их численности, финансируется из бюджета, за счет пожертвований, добровольных взносов и т. д. Поэтому такие учреждения не получают прибыль от предоставляемых ими услуг и, следовательно, они подлежат налогообложению на основании положения Минфина РФ и Государственной налоговой службы РФ (от 27.08.92 г.). Если учреждения не получают

дохода от своей деятельности, а свои расходы покрывают за счет целевых поступлений, то в бюджет налоги не перечисляются. И наоборот, если учреждения получают прибыль от своей деятельности, то они обязаны установленным порядком перечислять налоги в бюджет.

Все выше сказанное относится также к налогу на добавленную стоимость. Налог на имущество и пользователей автомобильными дорогами не взимается с таких организаций, а страховые взносы на обязательное медицинское страхование производятся за счет средств соответствующих бюджетов, финансирующих ЛПУ.

Медицинские учреждения второй группы с некоммерческим статусом вправе оказывать услуги с целью получения экономических результатов. Однако полученная прибыль должна полностью перечисляться в фонды здравоохранения. В настоящее время законодательно пока не решен вопрос о налогообложении таких организаций. Поэтому после лицензирования и аккредитации ЛПУ необходимо на государственном уровне решить вопрос о налогообложении их прибыли. Кроме того, в случае полного изъятия прибыли у этих организаций возникает проблема стимулирования развития их деятельности.

Деятельность учреждений здравоохранения второй группы может финансироваться не только за счет выручки от реализации услуг и работ, но и целевых поступлений. Однако их прибыль полностью перечисляется в фонды здравоохранения. В связи с этим организации второй группы (как и первой группы) налогообложению не подлежат. Учет доходов и расходов от предпринимательской деятельности и деятельности, финансируемой за счет целевых поступлений, в таких организациях ведется отдельно.

Третья группа объектов здравоохранения, деятельность которых направлена на получение экономических результатов, функционирует на основании Закона «О предприятии и предпринимательской деятельности», поэтому их прибыль облагается налогом. Это согласуется с Законом о налоге на прибыль предприятий и организаций, инструкцией о порядке начисления и уплаты в бюджет налога на прибыль предприятий и организаций (№ 4 от 06.03.92 г.), а также их изменениями и дополнениями (№ 2 от 27.08.92 г.).

В соответствии с действующим налоговым законодательством налогообложению подлежит валовая прибыль, которая представляет собой сумму прибыли от реализации лечебно-профилактических услуг и работ, основных фондов, иного имущества учреждений и доходов от внереализационных операций (уменьшенных на сумму расходов по этим операциям).

Прибыль (убыток) от реализации услуг определяется как разница между выручкой от их реализации (без налога на добавленную стоимость и акцизов) и затратами на их оказание (включаемыми в себестоимость этих услуг).

Состав затрат, включаемых в себестоимость услуг (работ), определяется «Положением о составе затрат по производству и

реализации продукции (работ, услуг), входящих в себестоимость продукции (работ, услуг), а также о порядке формирования финансовых результатов». В себестоимость услуг (работ) по элементу «Затраты на оплату труда» включаются затраты на его оплату в размере четырехкратной минимальной заработной платы на 1 работника. Поэтому превышение установленного норматива заработной платы должно быть отнесено за счет увеличения налогооблагаемой прибыли.

Прибыль от реализации основных фондов и иного имущества учреждений определяется как разница между продажной ценой и первоначальной (или остаточной) стоимостью, увеличенной на установленный индекс инфляции. Если услуги оказываются по ценам ниже себестоимости, то под выручкой понимается сумма сделки, которая исчисляется, исходя из рыночных цен реализации аналогичных услуг (применяющихся на момент их оказания).

К доходам (расходам) от внереализационных операций относятся доходы от долевого участия в деятельности других учреждений и сдачи имущества в аренду, а также доходы по ценным бумагам и т. д.

Налогообложению не подлежат рентные платежи (вносимые в бюджет из прибыли в установленном порядке), а также отчисления в резервный фонд в установленном размере (25 % от уставного фонда, но не более 50 % от полученной прибыли). Однако в связи с тем что прибыль от различных видов лечебно-профилактической деятельности облагается налогом по различным ставкам, ее формирование необходимо учитывать отдельно по каждому из ее видов.

Таким образом, в прибыль учреждений (предприятий, организаций) не включают прибыль, полученную от операций с ценными бумагами, от долевого участия в деятельности других операций (предприятий), а также прибыль от проведения массовых концертно-зрелищных мероприятий, посреднических операций и сделок.

Прибыль от страховой деятельности, банковских операций и сделок подлежит налогообложению по соответствующим законодательным актам.

Законом РФ «О налоге на прибыль» установлены льготы по налогу. При фактически произведенных затратах и расходах облагаемая прибыль уменьшается на суммы, направленные на технологическое перевооружение и благотворительные цели (до 2 % от полученной прибыли). Из состава налогооблагаемой прибыли исключается также 30 % средств капитального характера на проведение природоохранных мероприятий. На 50 % понижаются ставки налога на прибыль учреждений, если средства расходуются на цели социальной защиты работающих в этом учреждении инвалидов и пенсионеров при условии их численности не менее 70 % от всех работников.

Кроме того, из состава налогооблагаемой прибыли также исключается, во-первых, сумма затрат (в соответствии с утвержден-

ными местными органами государственной власти нормативами по содержанию находящихся на балансе предприятия домов престарелых и инвалидов, детских дошкольных учреждений, жилищного фонда, а также затрат на эти цели при долевом участии предприятий в содержании этих объектов), а во-вторых, суммы, направляемые на реконструкцию объектов социальной инфраструктуры.

В то же время, если медицинское учреждение получило денежные средства или материальные ценности в качестве благотворительного взноса, то в соответствии с действующим законодательством оно может направлять эти средства на свою уставную деятельность.

Налогообложению не подлежит прибыль общественных организаций инвалидов, специализированных протезно-ортопедических предприятий, а также производство технических средств профилактики инвалидности и реабилитации инвалидов. Освобождаются от уплаты налога на прибыль предприятия при психоневрологических учреждениях в той ее части, которая получена от деятельности лечебно-трудовых мастерских (если прибыль направляется на улучшение социально-бытовых условий жизни этого контингента).

Если медицинское учреждение преобразуется в акционерное общество, то 50 % сумм, направляемых в резервный фонд, освобождаются от уплаты налога на прибыль. При этом сумма прибыли, на которую распространяется данная льгота, не должна превышать 25 % от налогооблагаемой прибыли.

Налог на прибыль выплачивается ежеквартально в пятидневный срок со дня установленного для представления бухгалтерского отчета, а по годовым расчетам — в десятидневный срок со дня установленного для представления бухгалтерского отчета за год.

В соответствии с действующим налоговым законодательством медицинские предприятия уплачивают и другие виды налогов. Так, уплата налога на имущество производится в соответствии с Законом РФ «О налоге на имущество предприятий» (от 13.12.91 г.) и Инструкцией «О порядке исчисления и уплаты в бюджет налога на имущество» (от 16.03.92 г.). Налогообложению подлежит все имущество медицинской организации в стоимостном выражении, находящееся на ее балансе. Для этой цели определяется среднегодовая стоимость имущества, представляющая собой совокупность основных и оборотных средств, а также финансовых активов. До 01.07.92 г. из общей стоимости имущества при налогообложении исключались только суммы износа основных средств и нематериальных активов.

В июле 1992 г. в налоговое законодательство РФ (в том числе и в отношении налога на имущество) был внесен ряд существенных изменений. Так, например, из-под налогообложения были введены суммы оборота по таким счетам бухгалтерского учета, как «Расчеты с бюджетом» и «Кредиты банков для работников». Кро-

ме того, страховые медицинские организации дополнительно из налогооблагаемой базы исключают следующие статьи пассива баланса: резерв платежей по долгосрочным видам страхования, фонд запасной, а государственные страховые организации при расчете налогооблагаемой базы — также страховой пенсионный фонд и средства целевого финансирования.

До 01.07.92 г. суммы налога на имущество относились на затраты производства продукции (работ, услуг), а в настоящее время — на финансовые результаты деятельности.

Налог на имущество не взимается с бюджетных организаций, предприятий, государственных протезно-ортопедических, а также вновь созданных (в течение 1 года после их государственной регистрации). Не подлежит налогообложению имущество предприятий и организаций, находящихся в собственности общественных организаций инвалидов, зарегистрированных в установленном порядке. Стоимость имущества объектов для охраны природы, а также объектов социально-культурной сферы уменьшается на балансовую (нормативную) стоимость.

Предельный размер налоговой ставки на имущество предприятия не может превышать 0,5 % от налогооблагаемой базы, исчисленной согласно статьям 3 и 5 Закона РФ «О налоге на имущество предприятий». Сумма налога исчисляется и вносится в бюджет поквартально нарастающим итогом, а в конце года производится перерасчет.

В соответствии с Законом РФ «О дорожных фондах РСФСР» (от 18.10.91 г.) с 01.01.92 г. для всех предприятий и организаций установлен налог на использование автодорог, который уплачивают все предприятия и организации независимо от того, имеются ли на их балансе транспортные средства. При расчете налога на использование автодорог, который уплачивается ежеквартально, объектом налогообложения является объем предоставляемых услуг. При этом ставка налогообложения составляет 0,4 % от этого объема.

Наиболее трудоемок для бухгалтерских работников учреждений здравоохранения расчет налога на добавленную стоимость. После введения с 01.01.92 г. нового налогового законодательства первоначально ставка налога на добавленную стоимость составляла 28 %, а в настоящее время она снижена до 20 %. В инструкцию государственной налоговой службы РФ «О порядке исчисления и уплаты налога на добавленную стоимость» (от 09.12.91 г.) внесен ряд существенных изменений и дополнений, например, в состав налогооблагаемого оборота включается не только стоимость реализуемых товаров (работ, услуг), но и суммы денежных средств, полученных от заказчиков в виде финансовой помощи, пополнения фондов специального назначения (или направляемых в счет увеличения прибыли).

Налогом на добавленную стоимость не облагаются платные лечебно-профилактические услуги, предоставляемые медицинскими предприятиями. Это распространяется на лекарственные, тех-

нические средства, используемые в целях профилактики инвалидности и реабилитации инвалидов, а также производимые и реализуемые товары лечебно-производственными мастерскими при психиатрических и психоневрологических учреждениях. Кроме того, налогом на добавленную стоимость не облагаются операции по страхованию и перестрахованию, а также совершаемые по расчетным, текущим и другим счетам. Однако это не распространяется на брокерские и другие посреднические услуги. Освобождены от уплаты налога на добавленную стоимость изделия медицинского назначения, путевки (курсовки) в санаторно-курортные и оздоровительные учреждения, учреждения отдыха, туристско-экскурсионные.

Исполнение налогового законодательства обеспечивается административными штрафами, налоговыми санкциями, залогом денежных и товарно-материальных ценностей. В случае задержки уплаты налога взыскивается пеня в размере 0,2 % от неуплаченной суммы за каждый просроченный день. Кроме того, к налогоплательщику за нарушение налогового законодательства применяются следующие санкции:

- взыскивается вся сумма сокрытого (заниженного) дохода и штраф в размере той же суммы; при повторном нарушении штрафы взимаются в двойном размере. Если суд устанавливает факт умышленного сокрытия дохода, то решением суда по иску налоговой инспекции штраф может быть взыскан в бюджет в пятикратном размере сокрытой (заниженной) суммы дохода;

- взыскивается штраф в размере 10 % причитающихся к уплате сумм налогов на целый ряд нарушений, среди них отсутствие учета объекта налогообложения, ведение учета с нарушением установленного порядка, непредоставление (или несвоевременное предоставление) документов, необходимых для исчисления и уплаты налогов;

- возбуждаются ходатайства о запрещении заниматься предпринимательской деятельностью;

- предъявляются иски (в суд или арбитраж) о ликвидации предприятия, о признании сделок недействительными и взыскании в доход государства всех полученных средств по этим сделкам;

- налагаются административные штрафы на должностных лиц, виновных в нарушении налогового законодательства.

Глава 9

СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

9.1. Социально-демографическая ситуация в России на этапе перехода к рынку

На этапе перехода к рыночной экономике здравоохранение призвано обеспечить социальную защиту и охрану здоровья населения при рациональном использовании ограниченных ресурсов

отрасли. Важнейшей предпосылкой социальной защиты граждан является поддержание их психофизической дееспособности. Поэтому эффективность здравоохранения непосредственно связана с такими показателями, как статус здоровья людей и их трудоспособность, уровень, качество и комфортность медицинского обслуживания, состояние окружающей среды и др.

Определяя показатели здоровья населения, необходимо проанализировать демографические процессы, происходящие в России. Демографические перспективы России во многом определяются характером процессов развития ее населения в прошлом. В табл. 4 приведены данные Госкомстата РФ¹ по численности и приросту населения России с 1951 по 1992 г.

Своей довоенной численности население России достигло лишь к 1955 г. После этого до середины 60-х годов рост населения был относительно высоким, затем он сократился вдвое и вплоть до конца 80-х годов оставался сравнительно стабильным. В 1989 г. произошло резкое снижение прироста числа жителей России, а к 1992 г. впервые за послевоенный период население страны стало уменьшаться.

Таблица 4

Численность и прирост населения России в 1951—1992 гг.¹.

Период	На конец периода, тыс. чел.	Прирост населения в среднем за год	
		тыс.	%
1951—1955	112 226	1864	1,75
1956—1960	120 766	1700	1,47
1961—1965	127 189	1285	1,04
1966—1970	130 563	703	0,55
1971—1975	134 549	797	0,60
1976—1980	138 839	858	0,63
1981—1985	143 528	938	0,67
1986—1990	148 164	927	0,64
1991	148 326	163	0,11
1992	148 295	—31	—0,02

¹ До 1970 г. наличное население, в последующие годы — постоянное.

Аналогичные тенденции, впрочем, характерны и для ряда развитых европейских стран. В 1980—1989 гг. естественная убыль населения отмечалась в ФРГ; в 1981—1991 гг. — в Венгрии; с 1990 г. уменьшается население в Болгарии, а с 1986 г. — в Португалии и с 1990 г. — в Румынии. Отрицательный естественный прирост наблюдался в Австрии (1980, 1983 и 1985 гг.), Дании (1981—1987 гг.). По прогнозам ООН, нулевые или отрицательные естественные приросты населения в ближайшие годы ожидаются в

¹ Народное хозяйство Российской Федерации. Статистический справочник. — М.: Республиканский информационно-издательский центр, 1992.

Бельгии, Великобритании, Италии, Нидерландах, Франции, Швеции и ряде других стран.

На основе оценок численности населения территорий России по полу и возрасту на 1 января 1992 г., гипотез Госкомстата РФ о возможных изменениях рождаемости и смертности, а также прогноза внешней и внутренней миграции (сделанного Центром экономической конъюнктуры при Правительстве РФ) выполнен расчет предполагаемой численности населения страны до 2001 г.

В расчетах принято предположение о том, что уровень рождаемости в России будет снижаться до середины прогнозируемого периода. С 1996 г. рождаемость стабилизируется, и ее повышения можно ожидать лишь в новом тысячелетии.

Ожидаемая продолжительность жизни в России прогнозируется существенно ниже западноевропейского уровня. Уменьшение ее продолжится до 1996 г., а затем она стабилизируется, составив 67 лет. Снижения смертности следует ожидать лишь после 2000 г., причем предположительно оно будет более медленным, чем в Европе:

При прогнозе миграции предполагается снижение до 1996 г. миграционной активности в пределах России, увеличение потока беженцев и вынужденных переселенцев из государств бывшего СССР и рост эмиграции в страны дальнего зарубежья. Суммарный миграционный прирост за 1993—2000 гг. может превысить 1,2 млн человек, при этом число мигрантов из стран ближнего зарубежья составит примерно 1,9 млн человек, эмигрантов в страны дальнего зарубежья — 0,7 млн человек. Исходя из принятых гипотез, можно ожидать, что численность населения России изменится таким образом, как это показано в табл. 5.

Анализ данных табл. 6 показывает, что численность населения России в 2001 г. по отношению к 1996 г. снизится на 1,4 млн человек. Однако за этот же промежуток времени численность трудоспособного населения за счет притока иммигрантов из стран СНГ возрастет на 3 млн человек.

Таблица 5

Изменение численности населения России в ближайшие годы

Годы	Все население на начало года, млн чел.	В том числе		Возраст		
		город- ское, млн чел.	сель- ское, млн чел.	моложе тру- доспособного, млн чел.	трудоспо- собный, млн чел.	старше трудо- способного, млн чел.
1996	147,5	107,3	40,2	33,2	84,0	30,3
2001	146,1	105,7	40,4	29,4	87,0	29,7

Очевидно, что если тенденции снижения численности населения России сохраняются и в будущем, то с точки зрения повышения

эффективности общественного производства необходимо разработать меры интенсивного развития российской экономики в целом и здравоохранения в частности.

9.2. Факторный анализ социально-экономических предпосылок эффективности здравоохранения

Социально-экономическую эффективность здравоохранения характеризует динамика таких показателей, как уровень заболеваемости, смертности и инвалидности (с выделением экологической компоненты их обусловленности), распространенности социальных болезней (алкоголизм, нарко- и токсикомании, туберкулез и др.).

За рубежом влияние здравоохранения на эффективность производства и экономики в целом оценивается с помощью анализа показателей «издержки — выгоды», «стоимость — эффективность», в основе которого лежит определение затрат и выгод по ценам купли-продажи на основе их сопоставления.

С точки зрения медицинской и социальной эффективности предотвращаемые потери условно можно подразделить на потери потенциально активной жизни и ущерб, обусловливаемый неэффективным использованием ресурсов. Если предотвращение потерь в первом случае характеризует экономический и социальный эффект от проведения лечебно-оздоровительных мероприятий, то их предупреждение во втором случае связано прежде всего с капиталовложениями в медицину.

Суммирование предотвращаемых потерь вследствие сокращающейся отдачи трудового потенциала, ресурсов и нерациональных текущих затрат позволяет получить интегральную оценку народнохозяйственного ущерба в виде недополученного национального дохода (валового национального продукта).

При оценке социально-экономической эффективности здравоохранения необходим интегральный показатель, отражающий уровень общественного здоровья, однако в настоящее время такой обобщенный показатель отсутствует. Для оценки используются лишь частные характеристики (в том числе демографические, заболеваемости и инвалидности). Особое место занимают параметры общественного благополучия (например, показатели уровня жизни, обеспеченности жильем, работой и др.); социальной удовлетворенности медицинским обслуживанием. Так, например, по нашим данным, каждый пятый лечившийся в стационаре больной не отмечает улучшения состояния своего здоровья, а у 2 % оно ухудшается. О доверии врачу заявляют 70 % выбывших из стационара респондентов, 18 % дают нейтральный ответ и 5 % — негативный.

Однако показатели «состояния здоровья населения» отражают не столько «качество медицинской помощи», сколько воздействие многообразия экономических, социальных и демографических факторов на здравоохранение. Поэтому если показатели «состояние здоровья населения» рассматривать как конечные результаты, то можно оценить эффективность всей системы охраны здоровья населения, включая сферу здравоохранения.

9.3. Показатели результативности функционирования объектов здравоохранения

Эффективность лечебно-профилактической помощи населению отражает степень достижения конечных результатов при определенных затратах ресурсов. Однако в медицине достаточно трудно гарантировать конечный результат благоприятного исхода лечения. Поэтому неэффективное лечение еще не говорит о некачественной медицинской помощи. Таким образом, критерии экономической эффективности должны играть лишь вспомогательную роль при оценке работы медицинского персонала.

Для итоговой оценки деятельности учреждения здравоохранения или отдельного медицинского работника (P) предлагается следующая формула:

$$P = \sum_{i=1}^J n_i (a_i - b_i),$$

где n_i — первичная элементарная оценка за обслуживание определенной КСГ заболевания при данном уровне квалификации персонала; a_i — число обслуживаемых пациентов i -той КСГ болезни, чел.; b_i — число пациентов по i -той группе, помощь которым экспертно признана неэффективной в связи с недостаточным ее качеством, чел.

При таком подходе конечной оценкой может стать сумма зарплаты работника или объем финансовых средств учреждения.

Интегральным показателем качества медицинской помощи может служить преждевременная смертность. Однако в настоящее время этот показатель не включен в число критериев оценки уровня здоровья жителей региона.

Переход к рыночным отношениям требует тщательной отработки конечных показателей деятельности ЛПУ: укрепление здоровья населения, снижение показателей смертности, инвалидности и заболеваемости, профилактика заболеваний и эффективное их лечение. Так, для характеристики территориальных медицинских объединений наиболее значимы показатели динамики, уровня потерь рабочего времени и заболеваемости по отдельным группам и классам болезней. Показатели смертности, средней продолжительности жизни могут быть конечными для территориального уровня более высокого ранга, так как они зависят не только от уровня развития служб здравоохранения, но и от социальных программ, реализуемых на данной территории, состояния экологии и др.

В настоящее время эффективность здравоохранения оценивают различными показателями, например, выполняют расчет соотношения между величиной капитальных вложений и получаемыми социально-экономическими результатами. Такая оценка должна быть дана в комплексе с анализом достигнутых медицинских результатов, которые могут выражаться как традиционными показателями ресурсного обеспечения отрасли, так и показателями снижения заболеваемости (смертности) в результате проведения лечебно-

профилактических и санитарно-противоэпидемических мероприятий.

В табл. 6 приведено соотношение темпов роста некоторых показателей развития здравоохранения с 1980 по 1990 г. Из приведенных в этой таблице данных следует, что обеспеченность населения больничными койками значительно отставала от затрат на здравоохранение¹.

Таблица 6

Соотношение темпов роста некоторых показателей развития здравоохранения с 1980 по 1990 г.

Показатель	Темпы роста, %	
	1985 г. к 1980 г.	1990 г. к 1985 г.
Расходы на здравоохранение из различных источников	118,4	160,0
Обеспеченность населения больничными койками (на 10 000 человек)	104,0	101,6
Соотношение темпов роста обеспеченности населения больничными койками и расходов на здравоохранение	87,8	63,5

План ввода в действие объектов здравоохранения в 1989—1990 гг. в бывшем СССР не был выполнен. План ввода в действие ведомственных больниц был выполнен по Миннефтегазпрому СССР на 40 %, концерну «Газпром» — на 43 %, Минуглепрому СССР — на 37,2 %². Создавшаяся ситуация возникла прежде всего из-за отсутствия экономической заинтересованности подрядных организаций в строительстве объектов здравоохранения. Кроме того, практически была разрушена система материально-технического обеспечения, утрачена престижность государственного заказа. В 1991 г. по Российской Федерации (за счет всех источников финансирования) в эксплуатацию было введено больниц на 24 % меньше, чем в 1990 г., а амбулаторно-поликлинических учреждений — меньше на 31 %³.

Расходы бюджета Российской Федерации на здравоохранение в 1992 г. были запланированы в размере 6 % от его суммарной расходной части (246 303 млн руб.)⁴. Достигнутые отечественным здравоохранением результаты показали, что этих ассигнований оказалось недостаточно, чтобы стабилизировать кризисную ситуацию в отрасли. Помимо увеличения объема капитальных вложе-

¹ Народное хозяйство СССР в 1990 г. — М.: Финансы и статистика, 1991. — С. 17, 258.

² Экономика и жизнь. — 1990. — № 43. — С. 4.

³ Экономика и жизнь. — 1992. — № 4. — С. 5.

⁴ Народное хозяйство Российской Федерации. Статистический справочник. — М.: Республиканский информационно-издательский центр, 1992.

ний в строительство новых объектов отрасли, необходимо изменить также их структуру, сделав акцент на увеличение доли инвестиций в активную часть основных фондов. В настоящее время в структуре затрат на новые больницы удельный вес стоимости медико-технологического оборудования в России не превышает в среднем 15 % (против 40 % в странах Восточной Европы). Поэтому необходимо увеличение масштабов производства современной медицинской техники и оборудования.

Технологическая структура активной части основных фондов в современных условиях также должна быть подвергнута тщательному анализу. Для повышения конкурентоспособности и эффективности функционирования отечественного здравоохранения необходим выпуск медицинской техники для лечения онкологических, сердечно-сосудистых, а также социально опасных заболеваний (например, СПИДа и т. д.). При этом необходимо принимать во внимание так называемые предпроизводственные затраты, связанные с проведением научно-исследовательских работ. По данным специалистов ЮНИДО при ООН, эти затраты могут быть весьма существенными и составлять до 5 % от стоимости разрабатываемого проекта¹.

9.4. Критерии и методы оценки социальных результатов деятельности здравоохранения

Достижение социальных результатов здравоохранной деятельности связано в первую очередь с повышением медицинской эффективности как предпосылки достижения высоких результатов в отрасли в целом. Медицинская эффективность предполагает обеспечение максимального эффекта при решении задач диагностики, лечения и профилактики заболеваний и определяется на основе критериев оценки качества, адекватности и результативности клинико-диагностических обследований и лечебных мероприятий. При этом полученный результат соотносится с затраченными на достижение этих целей средствами в равных клинических условиях. Эффективность лечения, измеряемая количественными и качественными показателями, обуславливается индивидуальными особенностями пациента и специфична в зависимости от болезни, ее тяжести, вида и качества лечения.

Учитывая специфику лечебно-диагностической деятельности, различную степень преимущества в работе звеньев системы стационарной помощи, оценить результативность на основе проводимых сопоставлений трудно. Кроме того, количественные показатели не всегда отражают качественные изменения в лечении больного. Существуют также различия в специализации коечного фонда, интенсивности методов лечения, особенностях течения одной и той же болезни. Поэтому большая сопоставимость результатов может быть обеспечена лишь в отношении однопрофильных стационаров,

¹ Воронов К. И. Оценка коммерческой состоятельности инвестиционных проектов. — Финансовая газета. — 1993. — № 49.

аналогичных болезней, их клинических проявлений и исходов лечения. Терапевтический эффект оценивается с учетом продолжительности пребывания больного в стационаре, времени его долечивания и последующей реабилитации.

Медицинская результативность может входить в противоречие с экономической эффективностью, например, экономически невыгодно лечение сопутствующих, хронически необратимых заболеваний у лиц старших возрастных групп, использование дорогостоящих методов реконструктивной хирургии (в том числе трансплантация органов и тканей), технических средств с применением мощных физических факторов и т. д. При этом сохранение жизни больному достигается ценой значительных материальных затрат, хотя больной продолжает оставаться инвалидом. Аналогичная ситуация имеет место при выявлении и лечении больных злокачественными новообразованиями. Максимальный медицинский и социальный эффект не всегда обеспечивается ценой интенсивного использования новейшей технологии и лекарственных средств. Таким образом, при альтернативном решении из соображений гуманности предпочтение отдается медицинской и социальной эффективности, а не экономической.

Под социальной эффективностью здравоохранения понимается число предотвращенных случаев заболеваний, инвалидности и преждевременной смерти, а также улучшение медицинского обслуживания населения в сопоставлении с производимыми затратами (социальный эффект на единицу затрат).

Рассмотрим методологические аспекты определения показателей медицинской эффективности как факторов, обеспечивающих достижение высоких социальных результатов. Среди этих показателей значительное место занимает оценка состояния здоровья людей, например показатели сохранности потенциальной трудоспособности (СПТ). Индекс сохранности потенциальной трудоспособности ($I_{\text{СПТ}}$) определяется по формуле:

$$I_{\text{СПТ}} = \left(1 - \frac{\Delta Q_{*}}{Q_{*}}\right) \cdot 1000 = \left(1 - \frac{\sum_{t=1}^N M_t T_t}{\sum_{t=1}^N P_t T_t}\right) \cdot 1000,$$

где P_t — численность населения в t -возрастной группе, чел.; T_t — максимальная продолжительность предстоящей жизни в возрасте t лет; t — средний возраст группы, $0 \leq t \leq 100$; N — число возрастных групп населения; M_t — число умерших в возрасте t лет.

С помощью показателя ΔQ_{*} возможно ранжирование предполагаемых потерь потенциальной трудоспособности от той или иной патологии среди населения, проживающего на данной территории. Индексом сохранности трудовых ресурсов измеряется также эффективность оздоровительно-профилактических мероприятий:

$$I_{\text{ст}} = 1 - \frac{\Delta Q_{\tau}}{Q_{\tau}},$$

где Q_i — потенциал трудовых ресурсов, человеко-год; ΔQ_i — общие потери трудового потенциала от заболеваемости, инвалидности, преждевременной смерти, человеко-год.

Поскольку заболеваемость отражается на потенциале трудовых ресурсов, то суммарный показатель их потерь (по разным причинам) может использоваться при планировании развития систем здравоохранения на основе результатов их сравнительного анализа. Показатель ΔQ_T определяется по формуле:

$$\Delta Q_T = \Delta Q_{\text{звут}} + \Delta Q_{\text{инв}} + \Delta Q_{\text{т.см}} - \Delta Q_{\text{см}},$$

где $\Delta Q_{\text{звут}}$ — потери трудового потенциала от заболеваемости с временной утратой трудоспособности, человеко-год; $\Delta Q_{\text{инв}}$ — потери трудового потенциала от инвалидности, человеко-год; $\Delta Q_{\text{т.см}}$ — потери трудового потенциала от преждевременной смерти, человеко-год; $\Delta Q_{\text{см}}$ — потери трудового потенциала от преждевременной смерти инвалидов в данном году, человеко-год.

Для определения составляющих ΔQ_T необходимы расчеты потерь в детском и подростковом возрасте, а также от преждевременной смерти и инвалидности. Критерием косвенной оценки эффективности оздоровительно-реабилитационных мероприятий среди исследуемых групп населения могут служить показатели динамики движения контингента инвалидов:

Важное значение для динамических и межрегиональных сопоставлений на основе оценочных критериев имеют показатели интенсивности жизненного потенциала и трудовых ресурсов (в расчете на 10 000 населения, в том числе трудоспособного возраста).

Социальные результаты капитальных вложений в здравоохранение, улучшая качество лечебно-профилактической помощи за счет использования новой медицинской техники и технологии, компьютеризации диагностических и лечебных процессов, могут измеряться сопоставлением в динамике количества пролеченных больных, предупрежденных случаев перехода заболеваний в хроническую форму, показателей технической вооруженности труда персонала и уровня его квалификации. Кроме того, могут также использоваться качественные характеристики, выражающие состояние больных после оказания им медико-реабилитационной помощи.

Качество и эффективность работы по достижению промежуточных и конечных медицинских результатов оценивают традиционным набором показателей состояния здоровья общества: средняя продолжительность жизни населения; сохранение трудовой активности (число работающих на 1000 человек, достигших пенсионного возраста); удельный вес инвалидов; число случаев временной утраты трудоспособности; число лиц призывного возраста, признанных непригодными для службы в армии по состоянию здоровья (на 1000 человек соответствующего возраста), а также детей, не болевших до 1 года жизни (на 1000 родившихся).

Дифференцированные критерии оценки наиболее распространенных видов патологии на каждом этапе оказания лечебно-профи-

лактической помощи должны соответствовать ее виду и профилю, уровню квалификации медицинских работников. Такими показателями могут быть снижение уровня детской смертности и преждевременной смерти (от 1 года до 60 лет), первичного выхода на инвалидность (на 1000 работающих), числа дней нетрудоспособности (на 100 работающих) и др. Эффективны также показатели расширения доступности квалифицированной специализированной медицинской помощи за счет открытия, например, дополнительных диагностических и создания автоматизированных консультативных центров.

В плане определения экономического ущерба от социальных болезней в условиях перехода России к рыночным отношениям особую актуальность приобретает система формирования и отслеживания процессов алкоголизации и наркомании в обществе. С этой целью нами в конце 80-х годов был разработан комплексный подход к оценке наркологического статуса общества. В результате экспертной оценки, данной представителями различных научных дисциплин (медики, юристы, экономисты, социологи, психологи, педагоги), было отобрано 239 итоговых показателей, которые были распределены по 3 основным блокам: правовое регулирование, экономическое (производственное) и социально-культурное, деятельность наркологической службы¹. В современных условиях эти показатели были дополнены анализом особенностей социально-экономической инфраструктуры различных регионов страны, социально-демографических факторов и национальных отличий.

Создание комплексной системы показателей обобщенных оценок наркологического статуса общества позволяет регулярно получать информацию в результате проведения специально организованных выборочных обследований улучшенной системы статистической отчетности.

В рамках этого комплексного подхода потери от алкоголизма и наркомании (в денежном выражении) складываются из ряда составляющих. В состав прямых потерь входят затраты на содержание наркологических диспансеров (отделения в больничных учреждениях): стоимость зданий и оборудования, содержание штатных работников, приобретение лекарств, продуктов питания и др. Данная статья расходов финансируется из бюджета здравоохранения. Расходы по линии социального обеспечения включают оплату больничных листов алкоголикам и наркоманам, выплату пенсий по инвалидности в связи с этим заболеванием. Следующая статья прямых расходов — это затраты правоохранительных органов на борьбу с алкоголизмом и наркоманией.

Потери общества от преждевременной смерти алкоголика и наркомана, утраты ими трудоспособности, порождаемой ими преступности и пр. учитывать значительно сложнее, так как они возникают в связи с вовлечением преступников в наркобизнес. Кроме того, определенный ущерб несут фармацевтические и лечебно-про-

¹ Шиленко Ю. В. Изучение наркологического статуса общества // Экономическая газета. — 1988. — № 38. — С. 4.

филактические учреждения от продажи наркотиков за взятки. Расчет указанной группы статей потерь представляет наибольшую сложность в связи с феноменом «сцепленности» факторов риска алкоголизации и наркомании¹.

Потери, связанные с преждевременной смертью алкоголика или наркомана и ранней утратой им трудоспособности, можно определять величиной недополученного обществом национального дохода. Народнохозяйственные потери складываются из недопроизведенного дохода в результате инвалидности этого контингента, выплачиваемых им пенсий по социальному обеспечению, дополнительных затрат на лечебное и оздоровительно-реабилитационное обслуживание инвалидов. Эти группы потерь принято называть условными или косвенными. Полные потери от алкоголизма, нарко- и токсикоманий определяются суммой прямых и условных (косвенных) потерь.

Тогда формула расчета условных (косвенных) экономических потерь от смерти и инвалидизации больных алкоголизмом (наркотоксикоманиями) будет иметь следующий вид:

$$N = \sum_{i=1}^m x_i u_{нд} + \sum_{j=1}^n y_j \cdot u_{нд},$$

где N — условные потери от алкоголизма, нарко-токсикоманий в связи с преждевременной смертью и инвалидизацией; x_i — число преждевременно умерших алкоголиков, нарко- и токсикоманов по i -й причине ($i = \overline{1, m}$); y_j — число преждевременно инвалидизированных по j -й причине ($j = \overline{1, n}$); $u_{нд}$ — стоимость недопроизведенного национального дохода каждым умершим или инвалидом, руб.

9.5. Оценка экономической эффективности качества лечебно-профилактической помощи

При переходе к страховому здравоохранению его медицинская и социально-экономическая эффективность должна обеспечиваться целостной системой контроля за соблюдением качества предоставляемых услуг. При этом предпочтителен вариант, характеризующий эффективность собственно медицинской технологии. «Коэффициент качества» услуг определяется как отношение числа случаев соблюдения соответствующих стандартов (адекватных существующим технологиям) к общему числу случаев оказания лечебно-профилактической помощи. Для контроля качества услуг можно использовать специально разработанную «Карту оценки качества медицинской помощи»².

¹ Шиденко Ю. В. Медико-социологические аспекты алкоголизма и наркоманий. — М.: Знание, 1987. — С. 85—87.

² Методические материалы по переводу учреждений здравоохранения на экономические методы управления в условиях перехода отрасли на принципы медицинского страхования. — Том 2. — М.: Минздрав СССР, 1991.

В этой карте, обрабатываемой машинным способом, предусмотрены заключительный диагноз, оценка адекватно «запланированного» конечного медицинского результата и его достижения; обоснованность выбора той или иной лечебной технологии; возможные причины ее ошибочного выбора (несоблюдения), а также нормативная и фактическая стоимость предоставляемых услуг. Достижимый при этом эффект (квантифицируемый с учетом факторов качества лечения) сопоставляется с «запланированным» в рамках модели конечных результатов.

В основе этой модели лежат обобщенные качественные показатели деятельности ЛПУ и органов управления службой здравоохранения, так как именно они отражают конечные результаты их деятельности по таким характеристикам, как снижение заболеваемости и смертности населения, восстановление трудоспособности больных и пр. Использование показателей результативности позволяет оценить степень достижения поставленных целей той или иной больничной службой, медицинским учреждением.

В числе критериев достижения этих целей не фигурируют такие объемные показатели работы здравоохранительной сети, как оборот и функции койки, число пролеченных больных, проведенных клинико-диагностических обследований и др. Показатели результативности основаны на нормативных значениях, поэтому не учитывают дефекты в работе медицинского персонала.

Качество лечебно-профилактической помощи можно оценивать для отдельного больного (с учетом степени тяжести его состояния, сопутствующей патологии) и разных КСГ болезней. Так, например, для больного пневмонией, вышедшего из стационара, стандартами качества могут служить нормализация рентгенологической картины легких, показатели крови и др.¹ Уровень качества и стоимость клинико-диагностических обследований и лечебных мероприятий следует рассчитывать на основе стандартного набора соответствующих процедур и манипуляций, строго фиксированных по каждой КСГ болезней.

При этом набор соответствующих мероприятий оценивается экспертно сравнением перечня фактически осуществленных манипуляций и процедур с их стандартным набором.

За рубежом известны также методики, требующие более сложных расчетов и оценки качества работы медицинского персонала, в частности основанные на различных версиях КСГ. В США, например, такие версии представлены разными разделами стационарной помощи — «Коннектикут» и «Мэриленд» (383 КСГ), а также «Нью-Джерси» (470 КСГ)². Параметры указанных групп охватывают сроки лечения больного (от средних до максимальных) и относительную (к средней их величине) стоимость нозологических стандартов.

¹ Методические материалы по переводу учреждений здравоохранения на экономические методы управления в условиях перехода отрасли на принципы медицинского страхования. — Том 5. — М.: Минздрав СССР, 1991. — С. 25.

² Шиленко Ю. В. Проблемы буржуазной экономики здравоохранения // Медицинская газета. — 1978. — 3 марта. — С. 4.

В предыдущих главах нами были описаны методы оценки и формулы расчетов показателей по ряду таких методик.

Система контроля качества услуг включает в себя ряд этапов: планирование конкретных результатов и экспертная оценка; социологическое изучение спроса; расчет затрат; статистическая обработка и анализ собранной информации.

Для комплексной оценки конечных результатов деятельности здравоохранения в целом и его отдельных служб необходима медико-статистическая информация для контроля на всех уровнях системы управления МТК.

Экспертные оценки контроля должны базироваться на представительных выборках, т. е. учитывать полноту охвата больных, а также качество диагностики, лечения и наблюдения за ними. Это же относится к случаям смерти на дому, первичного выхода на инвалидность, расхождения диагнозов при госпитализации, выявления запущенных форм рака, туберкулеза и др. В медицинской карте амбулаторного больного контролю подлежат своевременность взятия его под наблюдение, полнота обследования, адекватность лечения и проведения оздоровительно-профилактических мероприятий, комплексность восстановительного лечения и ряд других параметров.

Расчет расходов на медицинское обслуживание предполагает установление фактических затрат на содержание ЛПУ. Однако в ряде случаев определение таких затрат несколько затруднено тем, что стоимость содержания одного койко-дня в стационарных учреждениях, например, различна и зависит от профиля отделения, типа и мощности учреждения в целом.

Доля расходов на стационарное лечение, как правило, составляет $\frac{2}{3}$ всех расходов на медицинское обслуживание, причем стоимость содержания одного койко-дня возрастает по мере увеличения мощности стационара. По данным Г. А. Новгородцева, содержание койки в стационаре на 1200 коек на 17 % выше, чем в больницах на 600 коек. Увеличение затрат на содержание коек происходит за счет обслуживания узкоспециализированных коек.

В отличие от стационарных учреждений стоимость одного посещения в амбулаторно-поликлинических учреждениях варьирует в достаточно широком диапазоне и зависит от их структуры, объема финансирования, нагрузки врачей на амбулаторном приеме. М. П. Ройтман, обобщив фактические данные по 240 поликлиникам, получил средние значения расходов на амбулаторную помощь в поликлиниках различного типа, которые представлены ниже.

Расходы на амбулаторную помощь в поликлиниках различного типа

<i>Тип поликлиники и статьи расходов</i>	<i>Сумма расходов, руб.¹</i>
Городские территориальные поликлиники для взрослых	
Суммарная стоимость одного посещения (поликлиники и больного на дому)	1,22
Содержание врачебной должности за год	5486
Расходы на 1000 населения в год	9217

¹ Данные приведены в ценах на 1.01.90 г.

Детские городские территориальные поликлиники

Суммарная стоимость одного посещения (поликлиники и на дому)	1,26
Содержание врачебной должности за год	5688
Расходы на 1000 детей в год	22 680

При этом стоимость одного посещения уменьшается с увеличением мощности поликлиники.

Определение уровня качества лечебно-профилактической помощи включает в себя оценку:

- диагностического процесса с точки зрения объема и качества, в том числе обследований: врачебного, лабораторного и инструментального;

- диагноза, в том числе его полноты, обоснованности и совпадения;

- лечения, в том числе медикаментозного, инструментального и других методов;

- преимущественности, в том числе канала поступления, профиля (нозологий) заболевания, цели привлечения врача данной специальности, обоснованности привлечения специалиста.

Оценка экономической эффективности инвестиций в сфере здравоохранения может быть общей и сравнительной. Общая эффективность позволяет оценить развитие отрасли в целом и ее отдельных подразделений, проводимых оздоровительно-профилактических программ и мероприятий; сравнительная — выбор лучших из них.

Повышение качества лечебно-профилактических услуг сопровождается ростом материальных затрат и оплаты труда, применением дорогостоящего оборудования и эффективных лекарственных средств, привлечением более квалифицированных врачей и т. д. Поэтому данный показатель целесообразно дополнять расчетами динамики «натуральных» измерителей медицинского и социального эффекта на единицу соответствующих вложений (прирост числа пролеченных больных, проведенных операций и др.).

Для оценки вклада здравоохранения в развитие народного хозяйства (в том числе его отдельных отраслей и предприятий) служит показатель эффективности по приросту производственного эффекта (услуг) в результате возобновления трудовой деятельности пролеченных больных.

Эффективность инвестиций в здравоохранение можно определить с помощью расчета предотвращенного ущерба, так как потери потенциала трудовых ресурсов можно интерпретировать и как потери рабочего времени. Эти потери обуславливают недопроизводство общественного продукта (национального дохода) и при их расчете учитываются следующие составляющие:

- снижение уровня заболеваемости с временной утратой трудоспособности;

- сокращение длительности сроков лечения больных. Для неработающего населения экономический эффект в этом случае представляет собой сумму экономии бюджетных средств страховой медицинской организации на оказание лечебно-профилактической по-

мощи. Подобный подход может применяться также и к оценке экономического эффекта от снижения уровня инвалидности;

- сокращения числа случаев заболеваний. За 1 случай принимается одно первичное обращение по поводу вновь возникшего заболевания в данном году. Эффект от сокращения числа случаев заболеваний учитывается также в ходе проведения мероприятий по охране окружающей среды.

Дополнительно рассчитывают экономический эффект вследствие оздоровления условий труда, составляющими которого являются эффекты от:

- сокращения уровня временной утраты трудоспособности, инвалидности и численности работников с льготными пенсиями;

- сокращения объема льгот и компенсаций за неблагоприятные производственные условия;

- роста производительности труда.

Трудности определения экономической эффективности профилактических мероприятий обусловлены тем, что заболеваемость может снижаться не только за счет их проведения. В связи с этим требуется сравнение полученных данных как по предприятию (на базе которого они проводились), так и по группе контрольных предприятий той же отрасли. Целесообразно также сравнивать показатели заболеваемости на одном и том же предприятии до и после проведения мероприятий по оздоровлению условий труда. Оптимальным вариантом является сопоставление средних данных как минимум за 2 трехлетних периода. Для оценки динамики хронической патологии требуется более продолжительный период времени.

Анализ экономических потерь от преждевременной смерти, заболеваемости, инвалидности, а также аналогичные прогнозируемые расчеты народнохозяйственной эффективности позволяют определить степень приоритетности инвестиций, выделенных государством централизованно. Однако в ряде случаев недопустимо пользоваться только экономическими критериями (например, при расходовании средств на лечение и оздоровление детей, инвалидов, пенсионеров и других социально незащищенных слоев населения), необходимо ориентироваться на показатели оценки социальной значимости соответствующих программ и мероприятий, разработанных с учетом распространенности тех или иных видов патологии социально незащищенных лиц. Поэтому инвестирование средств в лечебно-профилактические и оздоровительные мероприятия должно осуществляться на основе комплексного социально-экономического анализа. По результатам этого анализа может определяться рейтинг проектов, на основе которого и происходит выделение финансовых ресурсов.

Инвестиции на охрану здоровья человека имеют достаточно высокую степень эффективности. Согласно результатам исследований последних лет соотношение затраченных средств и полученного экономического эффекта по группе сердечно-сосудистых заболеваний (включая снижение уровня заболеваемости, инвалидности и смерт-

ности) достигает 1:12, новообразований — 1:19 и ликвидации полиомелита — 1:63¹.

Для комплексного анализа социально-экономической эффективности и оценки уровня здоровья населения были проведены экспериментальные исследования медико-социального потенциала трудоспособности. Этот показатель представляет собой процентное отношение числа лет предстоящей трудовой деятельности граждан (страны, региона) к максимально возможному количеству лет трудовой деятельности того же контингента при условии отсутствия у них болезней.

Рассматриваемый показатель может исчисляться в масштабах отдельного региона или страны в целом интеграцией данных о смертности, инвалидности и потери трудоспособности. С помощью медико-социального потенциала трудоспособности может быть оценена комплексная программа улучшения здоровья популяции, включая расчет социально-экономического эффекта.

Указанный потенциал трудоспособности характеризует процентное отношение числа фактически сложившихся человеко-лет предстоящей трудовой деятельности (обследованного контингента) к максимально возможному количеству человеко-лет (того же контингента), т. е. сокращение объема потенциала трудоспособности. Поэтому данный показатель может служить обобщающей оценкой эффективности разрабатываемых комплексных оздоровительно-профилактических программ и использоваться для сравнения уровня развития здравоохранения различных регионов страны.

9.6. Пути и способы повышения эффективности функционирования объектов здравоохранения в условиях перехода к рынку

В условиях перехода ЛПУ к рыночным отношениям, развития различных форм собственности в отрасли актуальность анализа показателей эффективности значительно возрастает. При этом эффективность целесообразно определять как отношение прибыли (остающейся в распоряжении учреждения за вычетом налогов) к величине инвестиций, обусловивших ее получение. Для прогностических расчетов используется показатель, характеризующий отношение прироста прибыли к капиталовложениям, осуществляемым для развития того или иного хозрасчетного учреждения (кооператив, акционерное общество, медицинская страховая организация).

В кооперативном секторе здравоохранения «выживаемость» учреждения определяется максимальной отдачей затрачиваемых ресурсов, основанной на точных экономических расчетах. Эффективность услуг в этом случае определяется соотношением между средствами, направляемыми на оплату труда и развитие коопера-

¹ Руководство по социальной гигиене и организации здравоохранения. — М.: Медицина, 1987. — С. 398.

тива (страховой медицинской организации). В хозрасчетном секторе медицинских услуг в фонд потребления перечисляется около 27 % общего дохода фирмы (за вычетом подоходного налога), а в фонд накопления — 18 %. По мере наращивания страховыми организациями (кооперативами) доходов указанная пропорция должна изменяться в сторону увеличения доли фонда накопления.

При монопольном вложении кооператива на рынке медицинских услуг его доход может быть весьма значительным за счет установления высоких цен. Однако в условиях рыночных отношений существуют реальные стимулы к труду, способствующие развитию медицинских коммерческих структур и повышению их эффективности. Стремление обеспечить максимальную эффективность капиталовложений в здравоохранение стимулирует преобразование клиник и диагностических комплексов в прогрессивные организационно-правовые формы ведения хозяйственной деятельности. Однако оценка индивидуально-коллективной (кооперативная, акционерная и др.) деятельности с точки зрения экономических критериев эффективности не должна вступать в противоречие с социальными последствиями получаемых результатов (социальная эффективность производимых затрат). Переход лечебно-профилактических учреждений на прогрессивные формы хозяйствования должен быть эффективным в экономическом и социальном отношении.

Это требует разработки рациональной системы ценообразования на медицинские услуги, стимулирующей развитие государственного и кооперативно-индивидуального сектора отрасли. Регулированием цен должна учитываться потребность населения в услугах с различным уровнем среднедушевого дохода граждан. Поэтому, очевидно, данная система должна охватывать не только утверждаемые государственно-регулируемые договорные, но и свободные цены на определенные виды медицинских услуг. Совершенствование ценообразования приведет к ослаблению «теневого» экономики в здравоохранении.

При обоснованности эффективности капитальных вложений необходимы учет разнообразных факторов и их экономическая оценка.

Результаты анализа по методу «стоимость — эффективность» позволяют выбрать экономически целесообразный вариант диагностики и лечения больных, для которых достигается максимальная эффективность медицинской помощи.

Анализ затрат и выгод основан на учете прямых и косвенных («неосязаемых») издержек и получаемого эффекта. В клинической практике прямые расходы — это зарплата персонала, возмещение затрат на лечение, диагностику и ряд других. Косвенные затраты выражаются в потере пациентами активной трудовой жизни в связи с заболеваниями и травмами, невыходом на работу, снижением работоспособности, необходимостью перехода на более легкую, хотя и менее оплачиваемую работу. Косвенный ущерб от преждевременной смерти отражает стоимость числа потерянных лет жизни.

Установление соотношения между прямыми и косвенными расходами является составной частью расчета эффективности и имеет практическое значение для выработки стратегии повышения социально-экономической результативности служб охраны здоровья. Известно, например, что при хронической сердечной недостаточности косвенные расходы достигают 40 % всех затрат, а потери, связанные с временной утратой трудоспособности, — около 60 %. Треть всех этих потерь приходится на преждевременную смерть. Так называемая неосязаемая часть затрат (обусловленных болевыми ощущениями, страданиями и их последствиями) не имеет денежного (стоимостного) выражения. Это же относится и к «неосязаемым» выгодам (облегчение боли, возвращение чувства уверенности, эмоциональное удовлетворение от трудовой деятельности и т. д.). Значимость разных элементов «неосязаемых» затрат и выгод оценивается экспертно, результатами социологических опросов.

Эффективность вычисляют по критериям, определяемым «внутренней» нормой дохода, чистой стоимостью (величиной дисконтированных выгод за вычетом затрат), например соотношением суммы приведенных (к настоящему моменту) выгод к сумме вложений. Эффективен также критерий, представляющий собой отношение дисконтированных результатов к сумме дисконтированных затрат, который имеет следующий вид:

$$Z = \frac{\sum_{t=1}^T \frac{B_t}{(1+E)^t}}{\sum_{t=1}^T \frac{K_t}{(1+E)^t} + \sum_{t=1}^T \frac{C_t}{(1+E)^t}},$$

где B_t — результаты, получаемые в году t , руб.; K_t — размер инвестиций в году t , руб.; C_t — текущие затраты в году t , руб.; E — норма дисконта; T — расчетный период реализации программы или срок службы объекта здравоохранения.

Напомним, что дисконтирование означает приведение разновременных результатов и затрат к единому расчетному моменту. Инвестиции эффективны при условии $Z > 1$.

Величину дисконтной ставки рассчитывают, исходя из нормы процента по долгосрочному инвестиционному кредиту с учетом уровня инфляции. Со временем требуется корректировка объема и вида клинико-диагностической помощи больным в зависимости от состояния их здоровья.

Таким образом, результаты анализа по схеме «затраты—выгоды» выступают своеобразным «каталогом» экономического ущерба здоровья граждан, наносимого наиболее распространенными болезнями. Такой «каталог» позволяет определять эффективность реализации крупномасштабных программ развития здравоохранения.

Инструментарий анализа «затраты—выгоды» вписывается в

функциональную деятельность местных органов управления здравоохранением в рамках последовательности этапов определения экономической эффективности лечебно-диагностической деятельности. Последовательность этапов характеризует механизм взаимодействия объектов и субъектов лечебно-профилактических и оздоровительно-реабилитационных мероприятий.

Таким образом, обоснование медицинской, социальной и экономической эффективности вложения ресурсов в современных условиях является необходимой предпосылкой научного анализа и прогнозирования, материального стимулирования качества работы объектов здравоохранения как отрасли народного хозяйства.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

ПУТИ ПРЕОДОЛЕНИЯ КРИЗИСА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Представленный в данной монографии материал свидетельствует о том, что для вывода отечественного здравоохранения из состояния кризиса необходимо кардинальное решение управленческих, организационных и экономических проблем с целью создания механизма эффективного функционирования этой важнейшей социальной сферы.

С точки зрения концепции системного управления здоровье населения является фактором, оказывающим решающее влияние на формирование национальной социальной политики. Одним из центральных элементов реализации этой политики должна стать концепция развития здравоохранения в условиях перехода к рынку.

Уровень и качество здоровья народа, определяемые санитарно-демографическими показателями, во многом характеризуют степень цивилизованности страны, активно влияя на ее социально-экономический потенциал. Выступая в качестве интегральной характеристики развития здравоохранения, уровень и качество здоровья населения выражают меру социальной ответственности государства перед своими гражданами за их физическое, психическое и социальное благополучие. Поэтому настало время принятия законодательных и нормативных актов, ставящих охрану здоровья населения России в разряд приоритетных социальных целей государства.

Решение этой сложной социально-экономической проблемы можно обеспечить созданием моделей управления охраной здоровья населения на основе комплексного системного подхода. Такие модели могут быть разработаны на уровне отрасли, региона или государства в целом. Одним из основополагающих шагов в этом направлении является принятие Закона РФ «Об охране здоровья населения».

В условиях перехода к рыночным отношениям, с одной стороны, расширяется экономическая и правовая самостоятельность объектов здравоохранения; с другой — по мере совершенствования и усложнения медицинских технологий, необходимости повышения качества лечебно-профилактической деятельности объективно развиваются процессы интеграции, охватывающие объекты здравоохранения различного профиля, формы собственности и организационно-правового статуса. В связи с этим становятся более актуальными экономические проблемы отрасли, в частности достижения сбалансированности ее бюджетного и внебюджетного финансирования. Стремление достичь высоких конечных результатов

работы заставляет учреждения здравоохранения активизировать свою деятельность, использовать внутренние резервы. В конечном итоге это повышает хозяйственную эффективность функционирования объектов МТК в целом.

С точки зрения общегосударственных интересов необходимо обеспечить народнохозяйственную эффективность здравоохранения как важнейшей социальной сферы. Для этого требуется общегосударственная программа развития отрасли, которая скоординировала бы действия государственных органов, ЛПУ, страховых медицинских организаций, финансовых институтов (банков, финансово-промышленных корпораций), предприятий и т. д. в единую целостную систему охраны здоровья населения на всей территории России.

Внедрение программно-целевых методов управления здравоохранением, поиск новых источников его финансирования формируют новый экономический механизм отношений между субъектами рынка (в том числе между местной администрацией и ЛПУ). Основой таких взаимоотношений может стать контрактная форма деятельности. В дальнейшем этот механизм целесообразно распространить также на взаимоотношения ЛПУ с предприятиями любой формы собственности, так как в условиях рыночных отношений они экономически заинтересованы в улучшении здоровья своих работников.

При переходе на контрактную форму медико-санитарного обслуживания важную роль в защите социальных интересов работающих призваны играть профсоюзы.

Переход субъектов здравоохранительной деятельности на принципиально новые экономические отношения, ориентированные на оптимальное сочетание бюджетного финансирования и финансирования на принципах страховой медицины, даст ожидаемый эффект при условии, если будут учтены интересы всех экономических субъектов рынка: государства, предпринимателей, ЛПУ, работников предприятий и др. Эти интересы отражаются в конкретных инновационных, инвестиционных, социальных и других программах, реализация которых обеспечивает радикальные экономические реформы в сфере здравоохранения. Эффективная реализация программ невозможна без соответствующей социально-экономической, финансовой, информационной, структурной и кадровой поддержки государства.

Все программы, разрабатываемые в рамках МТК, должны иметь социальную направленность, сбалансированность, возможность адаптации к происходящим в народном хозяйстве экономическим изменениям.

Только оптимальное сочетание системного и ситуационного подходов к управлению санитарно-демографическими процессами позволит компенсировать основные негативные последствия влияния принципов руководства отраслью, существовавших в условиях плановой экономики, в частности, таких, как централизованное планирование развития здравоохранения по единым нормативам,

остаточный принцип финансирования его служб, консервативный хозяйственный механизм, отсутствие стимулирующих факторов в улучшении медико-санитарной деятельности, отраслевой науки, подготовки и переподготовки кадров и т. д.

В странах с развитой рыночной экономикой совершенствуется экономически и социально обоснованная концепция МТК, базирующаяся на твердой законодательной и нормативной основе. В рамках этой концепции в большинстве передовых стран приняты национальные программы по борьбе со СПИДом, профилактике сердечно-сосудистых, онкологических, легочных и других болезней. Согласно рекомендациям ВОЗ в качестве приоритета разрабатываемых программ должно выступать развитие первичной медико-санитарной помощи. За счет неукоснительного проведения этих программ наиболее значительные успехи в охране здоровья населения достигнуты в Швеции, Канаде, Финляндии и ряде других стран.

В ходе национальных программ охраны здоровья особое внимание уделяется выполнению подпрограмм, направленных на снижение числа психосоматических заболеваний в детском и подростковом возрасте.

Социальная деятельность государства в современных условиях ориентирована на создание и поддержание условий для ведения гражданами гигиенически оправданного образа жизни в первую очередь за счет формирования соответствующей инфраструктуры (центры досуга, спортивно-оздоровительные и пр.). В этом случае успешно реализуется концепция здорового образа жизни.

В условиях рыночной экономики здоровье становится одним из решающих экономических факторов. Поэтому граждане заинтересованы в поддержании высокого уровня собственного здоровья и готовы покрывать необходимую часть расходов, связанных с соблюдением здорового образа жизни. Известно, что от 30 до 50 % всех факторов, формирующих потенциал здоровья человека, зависят от качества жизни как общества в целом, так и отдельного его индивида.

Принятие в России пакета законодательных актов, регулирующих механизм экономических взаимоотношений субъектов рынка, предопределило законодательную реформу и пути развития здравоохранения.

Основным принципом охраны здоровья, закрепленным в законах, становится ответственность органов государственной власти, руководителей предприятий, предпринимателей и т. д. за создание условий, способствующих формированию, развитию и укреплению здоровья людей. Повышается ответственность граждан за сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих. Законодательно закреплены социальная защищенность членов общества на случай утраты ими здоровья, равенство в получении гарантированной медицинской помощи.

Охрана здоровья населения должна базироваться на научных принципах и иметь профилактическую направленность медико-

санитарных и медико-социальных мероприятий. Закон предусматривает приоритетность решения проблем, связанных с охраной здоровья, а также свободу функционирования индивидуально-коллективных учреждений здравоохранения наряду с государственными.

Важным этапом реформы здравоохранения должна стать разработка такого хозяйственного механизма, который соответствовал бы удовлетворению потребностей общества и граждан в сохранении, укреплении и восстановлении здоровья. Это целесообразно, во-первых, с точки зрения управления факторами, влияющими на уровень здоровья жителей России и, во-вторых, с точки зрения решения современных проблем улучшения медико-санитарной помощи населению.

ПРЕДМЕТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ

А

- Аккредитация объектов здравоохранения 220
- Актuarные расчеты 202
- Анализ факторный эффективности здравоохранения 271
 - экономической деятельности предприятий 252
 - — — — коэффициент абсолютной ликвидности 253
 - — — — — автономии 252
 - — — — — маневренности 253
 - — — — — оборачиваемости средств 254
 - — — — — покрытия (ликвидности) 253
 - — — — — расходы переменные 254
 - — — — — постоянные 254
 - — — — — точка безубыточности, определение 255
- Аптеки, приватизация 119
- Аренда лечебно-профилактических учреждений их персоналом 14
 - перспективы 201
- Аудиторский контроль 171
 - — виды 178
 - — — внешний 178
 - — — внутренний 178
 - — — государственный 178
 - — — общественный 178
 - — задачи 180
 - — затрат на производство услуг и работ 182
 - — кассы, особенности 182
 - — правильности отнесения за-

- трат на производство лечебно-профилактических услуг 180
- Аудит-ревизор, права 181
- Аукцион 120

Б

- Бедствия экологические 82
- Безубыточная хозяйственная деятельность объекта здравоохранения 255
- Бизнес-план объекта здравоохранения 90, 170
 - — — структура 171
- Больницы, коечный фонд 16
 - обеспеченность лечебно-диагностической службой 167
 - содержание, средства 16
- Брутто-ставка 202, 206
 - определение 203
- Бюджет российского здравоохранения 12

В

- Валеологическая проблема 32
 - экономика 143
- Взнос страховой, норматив базовый 242
- Врачебная практика групповая 234
- Врачебные кадры, обеспеченность 256

Г

- Государственные органы управле-

ния здравоохранением, функции 159
Государственный страховой надзор 214

Д

Деторождаемость в России 10

З

Затраты общественно необходимые, расчет 235

Здоровье как фактор производства 10

— населения, оценка комплексная 158

— — прогноз нормативный 59

— — связь с эффективностью труда 23

Здравоохранение, деятельность, оценка результатов 274

— кризис, пути преодоления 287

— муниципальное 127

— — финансирование 129

— планирование директивное 168

— — рекомендательное 168

— — стратегическое 162

— — — направления 164

— — — подход программно-целевой 168

— при переходе к рынку, организация 155

— — — — управление 155

— проблемы экономические 21

— развитие, основные направления 64

— — рыночный механизм 113

— сбалансированность, достижение 166

— система государственная 185

— — страховая 185

— — частная 185

— социально-экономическая эффективность 268

— — — анализ факторный 271

— финансы 195

— — управление 195

— формы организационно-правовые 113

— функции технологические 24

— хозяйственный механизм, развитие 9

— эффективность, повышение 25

И

Инвалидизация населения, показатели 5

Индивидуальная трудовая деятельность в здравоохранении 13

К

Кадры здравоохранения, переподготовка 29

— — подготовка 29

Клинико-статистические группы болезней 17

Контингент динамического наблюдения 216

— поликлинический, группы здоровья 246

— стационарный 216

Л

Лечебно-оздоровительные мероприятия плановые 216

Лечебно-профилактические учреждения, аренда персоналом 14

— — заболеваемость врачей 40

— — лицензирование 222

— — оплата работников, подход валовой 16

— — — — — территориальный 16

- — разгосударствление 15
- — руководитель, задачи 22
- — самостоятельность экономическая 22
- — страховой фонд, создание 45
- — хозрасчетные, пути развития 20
- — — работа недостаточно эффективная, причины 20
- Лечение бесплатное, контингент 217
- тарифы, расчет 233
- Лицензирование лечебно-профилактических учреждений Москвы 222
- объектов здравоохранения 220
- обязательное 223
- страховых компаний 223, 224
- Лицензия, срок действия 223, 225

М

Маркетинг 134

- исследования маркетинговые 139
- — — анализ хозяйственной деятельности 152
- — — информация внешняя 141
- — — — внутренняя 141
- — — — вторичная 141
- — — — закрытая 141
- — — — открытая 141
- — — — первичная 141
- — — реклама 152
- отражение в бизнес-плане 174
- при ценообразовании 240
- разновидности 137
- — демаркетинг 138
- — конверсионный 137
- — массовый 152
- — международный 145
- — ремаркетинг 137
- — синхромаркетинг 137
- — стимулирующий 137

- — товарно-дифференцированный 152
- — целевой 152
- фармацевтического рынка, задачи 146
- — — контроль 150
- — — структура 150
- — — подсистемы сбора информации 150
- функции 140
- цели 135
- этапы 139
- Материальные затраты в здравоохранении 231
- — — — обеспечение лечебно-диагностического процесса 231
- — — — общебольничные хозяйственные расходы 232
- Матричная система маркетинговых исследований 141
- Медико-санитарная часть, передача трудовым коллективам 13
- Медико-социальный потенциал трудоспособности 283
- Медико-технический комплекс, анализ 62
- — — вектор качества 62
- — приоритетное направление 60
- — развитие 60
- — финансирование внебюджетное 13
- — — использование рациональное 17
- Медицинская техника, использование 95
- — оснащение учреждений 95
- — предназначение 95
- — производство 95
- — развитие, предпринимательская деятельность 102
- — совершенствование 99
- — социальная защита специалистов 102
- — стандартизация 103

- — эффективность экономическая 101
- услуга конкретная, себестоимость, расчет 233
- эффективность, характеристика 11

Медицинские инженеры 96

- работники, заболеваемость с временной утратой трудоспособности 40
- обслуживание медицинское 40
- оплата труда в условиях перехода к рынку 256
- услуги платные, расширение 19
- — себестоимость 230
- — — планирование 230

Медицинский персонал, защита социальная 37

- — условия труда 39

Монетаризм в здравоохранении 12

Мониторинг 140

Н

Наблюдение динамическое, контингент 216

Надзор санитарный, нормативы экономико-гигиенические 87

Налог(и) на добавленную стоимость 267

- — имущество 267
- — прибыль 264
- республиканские 263
- федеральные 263

Налогообложение объектов здравоохранения 262

Население, показатели здоровья 11

- — общей заболеваемости 11
- России, воспроизводство 10
- — защита социальная 35
- — прирост 269
- — численность 269

Наука «организация и экономика фармации», развитие 30

- — цель 31

Нетрудоспособность временная, показатели 11

Нетто-ставка 202, 206

О

Объекты здравоохранения, аккредитация 220

- — — этап первый 220
- — — — второй 221
- — бухгалтерская служба, учет децентрализованный 179
- — — — — смешанный 179
- — — — — централизованный 179
- — деятельность, анализ экономический 250
- — — — — внешний 251
- — — — — внутренний 251
- — — — — направления 250
- — — контроль аудиторский 176

— — — результативность, показатели 272

— — — эффективность экономическая, пути повышения 283

— — лицензирование 220

— — переход на бюджетно-страховую систему 202

— — разгосударствление 118

— — расходы 254

— — — переменные 254

— — — постоянные 255

— — — собственность 200

— — — форма акционерная 200

— — — — долевая 201

— — — — коллективная 201

— — — — совместная 201

— — — финансирование, типы 114

Окружающая среда, защита, финансовые средства 83

— — и здоровье человека 79

— — оценка 88

Оплата труда медицинских работников в условиях перехода к рынку 256

- — — — регулирование 259
- — — — реформа, принципы 258
- — — — система контрактная 260
- — — — — подрядная 261
- — — — — тарифная сетка единая 260

Организации некоммерческие 57

- — доходы, источники 57
- — контроль за их деятельностью 58

Отчисления на социальные нужды 231

Охрана здоровья, службы, развитие сбалансированное 21

П

«Паблик рилейшнз» 143

Пенционное обеспечение медицинских работников 44

Планирование текущее 139

- стратегическое 139

Платежи по брутто-ставке 202

- — нетто-ставке 202

Помощь амбулаторная, расходы 280

- лекарственная бесплатная 217
- лечебно-профилактическая, оценка качества, критерии 220
- — эффективность экономической, оценка 278
- медицинская, расценки, формирование 19
- стационарная, контингент 216
- стоматологическая бесплатная 216

Потеря трудоспособности, социальное страхование 36

Прибыль, планирование 247

- расчет 247

Приватизация объектов здравоохранения 118

- — — варианты 121
- — — запрещение 119
- — — методы 120
- — — формы 120
- — — — акционирование 125
- — — — аренда 121, 126
- — — — аукцион 120
- — — — — закрытый 124
- — — — — открытый 124
- — — — конкурс 120, 124
- — — — приобретение доли в капитале 121, 126
- — — — платеж, формы 126
- — — — цена, определение 123

Профилактические осмотры целевые 216

Р

Разгосударствление объектов здравоохранения 118

- — — перспектива 201

Реабилитация, система комплексная 104

- — — формы 104
- — — эффективность 105

Ремаркетинг 137

Рентабельность, планирование 247

- оборота 248
- оплачиваемых услуг 249
- расчет 247
- средств вложенных (капитала) 248
- — собственных (собственного капитала) 249

Рыночные отношения, необходимость 14

- — переходный период, анализ 14
- — социально-правовой механизм защиты медицинских работников 22
- — — — — пациентов 22

С

Санитарно-гигиенические условия жизни, показатели 93

Сегментация рынка 139

Синхромаркетинг 137

Служба аптечная 71

— — акционирование 74

— — анализ 71

— — — деятельность финансовая 78

— — — — хозяйственная 77

— — — — издержки обращения 77

— — — — лекарственные средства, % закупка 73

— — — — — реализация 73

— — органы управления 76

— — приватизация 75

— — структура организационная 76

— — эффективность работы, повышение 77

— поликлиническая, совершенствование 70

— санитарно-эпидемиологическая, деятельность оценка 91

— — документы, информативность 88

— — задачи 89

— — мероприятия санитарно-гигиенические, эффективность гигиеническая 87

— — — — — медико-социальная 87

— — — — — экономическая 87

— — полномочия 80

— — права 80

— — работа в условиях перехода к рынку 88

— — финансирование 90

— — функции 89

— — эффективность, критерии 92

— — — — — повышение 89

Смертность женщин в связи с беременностью 10

— младенческая 5

— общая 5

Собственность акционерная 15

— арендная 15

— государственная 15

— кооперативная 15

— хозрасчетная 15

— частная 15

События нестраховые, оплата медицинской помощи 211

Социальная защита медицинских работников 37

— — — — — пенсионное обеспечение 44

— — населения 36

— — — — — работающего 36

— — — — — фармацевтических работников 47

— — — — — льготы профессиональные 47

— — — — — научная организация труда 47

— политика государства долгосрочная 41

— — — — — краткосрочная 41

— — — — — среднесрочная 41

— — — — — помощь срочная 42

Социально-демографическая ситуация в России 268

Стандарты качества медицинских услуг 219

— лекарственных средств 226

— лечебно-профилактической помощи 227

— — — — — медицинские виды 228

— — — — — законодательные 228

— — — — — комплексные 228

— — — — — локальные 228

— — — — — международные 228

— — — — — организационные 228

— — — — — региональные 228

— — — — — рекомендательные 228

— — — — — медицинских товаров 226

Стационары, обеспеченность лечебно-профилактической службой 167

Страхование медико-пенсионное 197

- медицинское в Германии 17, 53
- — — Голландии 54
- — — Италии 54
- — — Канаде 52
- — — России 18
- — — странах скандинавских 17
- — — США 50
- — — Франции 54
- — — возвратное с компенсацией 197
- — — добровольное 192
- — — дополнительные услуги 203
- — — ограничения 211
- — — долгосрочное 215
- — — индивидуальное 241
- — — краткосрочное 215
- — — материальные санкции, предъявляемые пациентам 193
- — — на дожитие 197
- — — обязательное 196
- — — договор о совместной деятельности 217
- — — — подрядный 217
- — — — — недостатки 217
- — — — лицензирование 224
- — — программа территориальная 203, 209
- — — — — фонды 213
- — — рыночная модель 211
- — — регулирование 214
- — — государственный страховой надзор 214
- — — система финансирования 201
- — — субъекты 130
- — — управление финансовыми ресурсами здравоохранения 195
- — — через предприятия 241
- — — учреждения 241
- социальное 36, 37

Страховая медицина 68

- — — необходимость 185
- — — организация 186
- — — преимущества 68
- — — система договорная 198
- — — — контрактная 199
- — — цены договорные 245
- — — лимитные 245
- — — преискурантные 245
- — — свободные 245

Страховые кассы см. *Страховые фонды*

- медицинские организации 189
- — — деятельность, контроль 225
- — — прибыль, распределение 29
- — — платежи, исчисление 204
- — — тарифы, дифференциация 203
- — — фонды 45
- — — лечебно-профилактических учреждений 45
- — — по узким видам специализированной помощи 241
- — — предприятий 196

Т

Травматизм производственный 11

Траст 75

Труд работников здравоохранения, нормирование 19

- — — оплата 16
- — — стимулирование 18

Трудовые ресурсы в условиях перехода к рынку 256

У

Управление здравоохранением, основные направления 59

- — — уровень местный 161
- — — — муниципальный 161
- — — — региональный 160

Услуги медицинские, эффективность экономическая, показатели 219

Уставной капитал акционерного общества 125

Учреждения санитарно-профилактические 86

— санитарно-эпидемиологические, планирование бизнес-плана 90

Ф

Факторы окружающей среды, влияние на человека 78

Фармацевтическая(ие) . промышленность рыночная инфраструктура 43

— работники, заболеваемость с временной нетрудоспособностью 45

— — — скрытая 46

— — защита социальная 47

Фармация, организация 30

— развитие 30

— цель 31

Фонды здоровья экономический 25

— оплаты временной нетрудоспособности 198

— развития обязательного медицинского страхования России 213

— социальной защиты 41

— страховые 45, 241

— территориального обязательного медицинского страхования 211

Франчайзинг 144

Франчайзинговые компании 144

Функциональная система маркетинговых исследований 141

Х

Хозрасчет внутрисистемный 18

— за счет индивидуальных средств населения 18

— межсистемный 18

Ц

Ценовая политика, влияние характера рынка 151

— — — — — конкуренция свободная 151

— — — — — монополия 151

— — — — — олигополия 151

Ценообразование в здравоохранении 238

— — — задачи 240

Цены на медикаменты 76

— — медицинские услуги свободные 15

— — — — — страховые 241

Ч

Частнопрактикующие врачи 201

Э

Экономика здравоохранения 24

— — организация и экономика фармации 30

— — проблемы, группа первая 26

— — — — — вторая 27

— — — — — третья 27

— — роль в системе охраны здоровья 23

— — становление 23

— — этап кризисного состояния 41

— — — — — преодоление 287

Экономический ущерб от болезней с временной нетрудоспособностью 5

— — — — — социальных 277

— — — — — алкоголизация 277

— — — — — наркомания 277

— фонд здоровья 25

Эпидемическая обстановка в России 11

Монография

Михаил Михайлович Кузьменко,
Вячеслав Викторович Баранов,
Юрий Валентинович Шиленко

**ЗДРАВООХРАНЕНИЕ
В УСЛОВИЯХ РЫНОЧНОЙ ЭКОНОМИКИ**

Редакторы издательства
Л. В. Левушкина, Т. П. Осокина
Оформление художника О. А. Четвериковой
Технический редактор Н. В. Сорокина
Корректор М. П. Молокова

ЛР № 010215 от 11.03.92. Сдано в набор 05.05.94
Подписано к печати 17.06.94. Формат бумаги 60×90¹/₁₆.
Бумага кн.-журн. офс. Гарнитура таймс. Печать офсетная.
Усл. печ. л. 19,0. Усл. кр.-отт. 19,0. Уч.-изд. л. 21,19.
Тираж 10 000 экз. Заказ 1047. «С» 034.

Ордена Трудового Красного Знамени издательство
«Медицина». 101000, Москва, Петроверигский пер., 6/8

АООТ «Ярославский полиграфкомбинат».
150049, г. Ярославль, ул. Свободы, 97.

К сведению читателей!

Издательство «Медицина» предполагает выпустить в 1994 году монографию Ф. И. ЕРШОВА «Система интерферона в норме и патологии».

Монография отражает современное состояние интерферонологии и состоит из 4 разделов. В I разделе изложены основные теоретические понятия о системе интерферонов, их природе, классификации, молекулярной структуре различных интерферонов, структуре и хромосомной локализации генов системы интерферона. Во II разделе рассмотрены функции системы интерферона: механизмы индукции, синтеза и действия на клетки разных интерферонов, роль системы интерферона в противовирусном иммунитете организма, интерфероновый статус в различных возрастных периодах организма человека в норме и при ряде заболеваний. Третий раздел освещает клинические аспекты применения натуральных и рекомбинантных интерферонов при заболеваниях, в том числе онкологических.

В заключительном, IV разделе суммированы данные о существующих препаратах интерферонов α -, β - и γ -типов.

Для вирусологов, микробиологов, инфекционистов, онкологов, а также специалистов в области молекулярной биологии и генетики.

К сведению читателей!

Издательство «Медицина» предполагает выпустить в 1994 году книгу: **Клинические разборы по кардиологии.**/Под ред. Е. И. ЧАЗОВА. — М.: Медицина, 1994./

В книге представлены материалы наиболее показательных клинических разборов, проведенных во Всесоюзном кардиологическом научном центре АМН СССР в 1989—1991 гг. Продемонстрированы сложные в диагностическом отношении случаи сердечно-сосудистых заболеваний и трудности их лечения. Книга позволяет ознакомиться с ходом клинического мышления участников разборов, диагностическими возможностями современных лабораторных и инструментальных методов исследования.

Для кардиологов, терапевтов, преподавателей медицинских институтов, научных работников.

К сведению читателей!

Издательство «Медицина» предполагает выпустить в 1994 году монографию В. И. ПОКРОВСКОГО, С. В. ПРОЗОРОВСКОГО, В. В. МАЛЕЕВА, И. С. ТАРТАКОВСКОГО «Этиологическая диагностика и этиотропная терапия острых пневмоний».

Объем 20 л.

В монографии приведены современные данные о различных возбудителях острых пневмоний. Особое внимание уделено этиотропной диагностике, описаны методы лечения этих заболеваний.

Для терапевтов, пульмонологов и микробиологов.