

РОССИЙСКАЯ АКАДЕМИЯ НАУК
ИНСТИТУТ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКОГО
РАЗВИТИЯ ТЕРРИТОРИЙ РАН



К.Н. Калашников, А.А. Шабунова, М.Д. Дуганов

**Организационно-экономические факторы
управления региональной системой
здравоохранения**

Вологда
2012

ББК 65.495 (2Рос – 4Вол)
К17

Публикуется по решению
Ученого совета ИСЭРТ РАН

*При финансовой поддержке Российского гуманитарного научного фонда
Проект №12-32-01287 «Разработка методики оценки эффективности
здравоохранения в контексте межведомственного сотрудничества
в сфере охраны здоровья населения»*

Калашников, К.Н. Организационно-экономические факторы управления региональной системой здравоохранения [Текст]: монография / К.Н. Калашников, А.А. Шабунова, М.Д. Дуганов. – Вологда: ИСЭРТ РАН, 2012. – 153 с.

Научный консультант
доктор экономических наук, профессор,
заслуженный деятель науки РФ

В.А. Ильин

Монография посвящена одной из наиболее актуальных для современной России социально-экономических проблем – проблеме развития и реформирования здравоохранения. В работе проанализированы теоретико-методологические основы исследования здравоохранения как подсистемы региональной социально-экономической системы, выделены и теоретически обоснованы главные организационно-экономические факторы управления региональной системой здравоохранения, проведена количественная и качественная оценка их современного состояния на примере здравоохранения Вологодской области. Книга будет полезной для научных работников, специалистов в области экономики социальной сферы и здравоохранения, преподавателей высших учебных заведений, студентов и всех, кто интересуется вопросами социально-экономического развития России.

Рецензенты:
доктор экономических наук, профессор,
заслуженный деятель науки РФ

В.П. Попков

кандидат экономических наук, доцент
Е.Е. Торопушина

ISBN 978-5-93299-194-7

© ФГБУН ИСЭРТ РАН, 2012
© Калашников К.Н., Шабунова А.А.,
Дуганов М.Д., 2012

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность изучения организационно-экономических аспектов регионального здравоохранения обусловлена, с одной стороны, устойчивыми негативными тенденциями в состоянии здоровья населения Вологодской области, высоким уровнем заболеваемости и преждевременной смертности, оборачивающимися масштабными экономическими потерями для региона, в предотвращении которых роль здравоохранения немаловажна, а с другой стороны, низкой структурной, организационной, финансовой эффективностью здравоохранения (его состояние и в РФ в целом, и в отдельных регионах оценивается экспертами как системный кризис), что приводит к нерациональному расходованию бюджетных и страховых средств.

По уровню расходов на здравоохранение Российская Федерация существенно уступает постиндустриальным странам мира. Согласно данным ВОЗ, подушевые расходы на здравоохранение в России составили в 2009 г. 1 038 межд. долл. по ППС, что в 3 – 4 раза меньше, чем в развитых странах мира. Так, в Финляндии в 2009 г. расходы на здравоохранение по тем же оценкам достигли 3 357 межд. долл., во Франции – 3 934, в Дании – 4 118, в Канаде – 4 196, в Германии – 4 129. Доля расходов на здравоохранение в ВВП в России, по данным за 2008 г., составила 4,8%, тогда как в Финляндии – 8,8%, Канаде – 9,8, Дании – 9,9, Германии – 10,5%, во Франции – 11,2%. Этих средств недостаточно, чтобы обеспечить даже минимально необходимый уровень оказания медицинской помощи должного качества и широкой доступности.

Помимо дефицита ресурсов для отечественного здравоохранения характерны глубокие структурные диспропорции, проявляющиеся в широком и повсеместном использовании неэффективных медицинских технологий. В первую очередь речь идёт о гипертрофированности стационарных служб, которые стали приоритетным звеном в общей цепи медицинской помощи, отодвинув на второй план амбулаторную помощь и профилактическую деятельность.

В этих условиях важными аспектами деятельности здравоохранения становится обеспечение эффективности освоения финансовых ресурсов за счёт рационализации структуры медицинской помощи, организации системы оценки эффективности затрат и использования передовых методов управления финансами, а также реализации межотраслевого взаимодействия в решении вопросов общественного здоровья и здравоохранения территории, то есть в целом регулирование организационно-экономических факторов управления региональной системой здравоохранения.

Цель данной монографии – обобщить результаты научных исследований, осуществлённых в период с 2006 по 2010 г. сотрудниками Института социально-экономического развития территорий РАН при содействии специалистов Департамента здравоохранения Вологодской области, по разработке и научному обоснованию мер, направленных на регулирование организационно-экономических факторов управления региональной системой здравоохранения.

ГЛАВА 1

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КАК СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ

1.1. Место и роль здравоохранения в социально-экономическом развитии территорий

Первое, что необходимо сделать, приступая к исследованиям в контексте региональной социально-экономической проблематики, это определить, что будет пониматься под регионом. Существует множество определений региона, но можно выделить два принципиально различающихся подхода. Популярным в научной среде стало определение академика А.Г. Гранберга, которое сам автор назвал «абстрактным»: регион – это определённая территория, отличающаяся от других территорий по ряду признаков и обладающая некоторой целостностью, взаимосвязанностью составляющих её элементов [3]. Существенными признаками региона, по А.Г. Гранбергу, являются целостность и специфичность, причём последняя и определяет научный интерес.

Другие авторы конкретизируют понимание региона, называя в качестве его ключевого признака административную определённость границ. Согласно одной из подобных дефиниций, регион – территориальное образование, имеющее чётко очерченные административные границы, в пределах которых воспроизводятся экономические и социальные процессы,

направленные на обеспечение жизни населения региона и обусловленные его специфическим положением в системе разделения труда [22]. Следовательно, регион должен обладать своим социально-экономическим портретом, то есть спецификой экономической структуры, чёткостью административных границ и внутренней системой жизнеобеспечения (экономические структуры, социальные службы, инфраструктура др.).

В Основных положениях региональной политики Российской Федерации, утверждённых Президентом страны в 1996 г., содержатся следующие определения региона: регион – часть территории Российской Федерации, обладающая общностью природных, социально-экономических, национально-культурных и иных условий. Регион может совпадать с границами территории субъекта Российской Федерации либо объединять территории нескольких субъектов. В тех случаях, когда регион выступает как субъект права, под ним понимается только субъект Российской Федерации [35].

Соглашаясь с А.Г. Гранбергом в том, что понятие региона может существенно различаться в зависимости от задач исследования, а также в том, что регион является целостной системой, отметим, что в рамках настоящей работы под регионом будет пониматься субъект федерации, поскольку характерный для региональной экономики чёткий прикладной аспект и практическая ориентированность требуют от учёных-регионалистов «приземлённости» результатов исследований, иными словами, они должны адресовать свои выводы региональным властям.

Одной из важных научных проблем, поднятых в настоящей монографии, стала оценка места и роли здравоохранения в целостной системе регионального хозяйства. С позиций классической теории систем любая система представляет собой комплекс элементов, взаимосвязанных между собой с целью достижения определённой цели. Это сложная структура, включающая

несколько подсистемных (субсистемных) уровней (подсистемы первого, второго, третьего и т.д. порядков), объединённых в рамках единой системы сложными функциональными связями, и выполняющая свою специфическую функцию, направленную на достижение общей системной цели [68; 81].

Таким образом, регион, будучи подсистемой национальной экономики, также является сложной, открытой и неравновесной системой, поскольку состоит из множества элементов и подсистем, отношения между которыми не отвечают правилам линейности, а цели региона связаны с обеспечением жизни населения за счёт воспроизводства внутренних социально-экономических процессов (рис. 1).

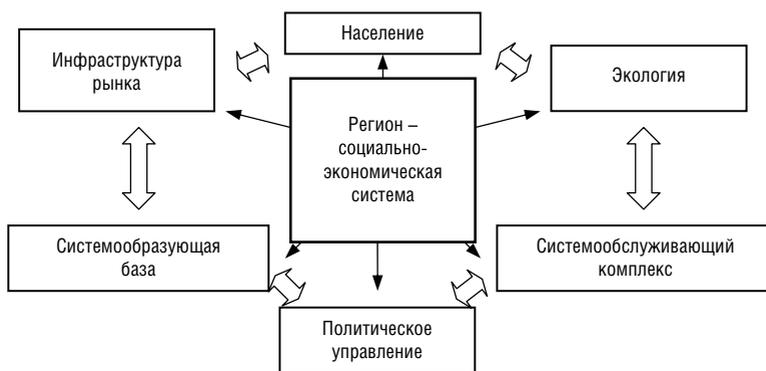


Рис. 1. Социально-экономическая система региона

Признаки детерминации подсистем затрагивают три аспекта: структурный, функциональный, коммуникационный.

Здравоохранение является подсистемой региональной экономики, т.к. удовлетворяет таким классификационным признакам, как:

– *Структурный*. Подсистема здравоохранения входит в состав системы региона как её сложный структурный компонент.

– *Функциональный.* Функция подсистемы здравоохранения заключается в ориентации на достижение общих целей системы – вклад в региональный доход и в трудовой потенциал региона, обеспечение жизнедеятельности жителей региона.

– *Коммуникационный.* Подсистема связана с другими компонентами и подсистемами системы региона финансовыми, административными, информационными и другими связями, она гармонически вписывается в общий структурно-функциональный контекст системы; подсистема действует не только по сугубо «внутренним», специфическим законам, но и по законам, определяющим функционирование системы в целом.

Система может «дробриться» на подструктуры до тех пор, пока каждая вновь выделяемая подсистема удовлетворяет всем приведённым критериям. Например, отдельное лечебно-профилактическое учреждение не может рассматриваться как подсистема региональной экономики, поскольку функционирует в рамках микроуровня и цель его заключается в оказании медицинской помощи приписному населению, а не в увеличении экономического потенциала региона в целом. В данном случае медицинское учреждение (как и кадровый состав) может рассматриваться как компонент, элемент подсистемы здравоохранения, но не как отдельная подсистема региона.

На основе анализа и декомпозиции структуры региональной экономики отметим, что *здравоохранение является социально-экономической подсистемой второго порядка*, входящей в состав подсистемы первого порядка – *системообслуживающего блока* региона (существующего наряду с прочими подсистемами первого порядка – *системообразующим блоком*, инфраструктурой, населением, подсистемой политического управления и экологией) или *регионального хозяйственного комплекса* в рамках целостной социально-экономической системы региона (рис. 2).

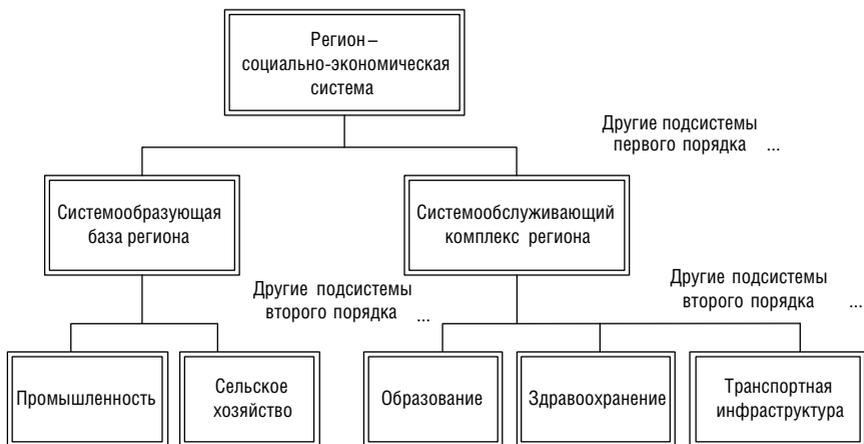


Рис. 2. Декомпозиция социально-экономической системы региона

Вместе с тем подсистема, как сложная структура, может рассматриваться отдельно от системы, элементом которой является, но она не в состоянии существовать и функционировать вне системы. В этом смысле каждая система имеет три ключевые составляющие: структурные элементы, связи между ними и цели, на достижение которых ориентирована система, причём каждый сложный элемент системы является подсистемой.

Подсистема здравоохранения состоит из элементов (это медицинские учреждения и кадры, органы власти и т.д.), связей и отношений между ними (прежде всего это финансовые взаимодействия и нормативно-правовые акты, регламентирующие эти интеракции), а также целей, ради достижения которых она существует (сохранение и укрепление здоровья граждан, поддержка системной эффективности и пр.) (рис. 3).

Эмерджентное свойство региона как социально-экономической системы, то есть её несводимость к арифметической сумме отдельных элементов, говорит о необходимости системного, комплексного, целостного подхода к оценке эффективности и специфики развития отдельных подсистем, в том числе и подсистемы здравоохранения, неотделимой от всего регионального хозяйственного комплекса.

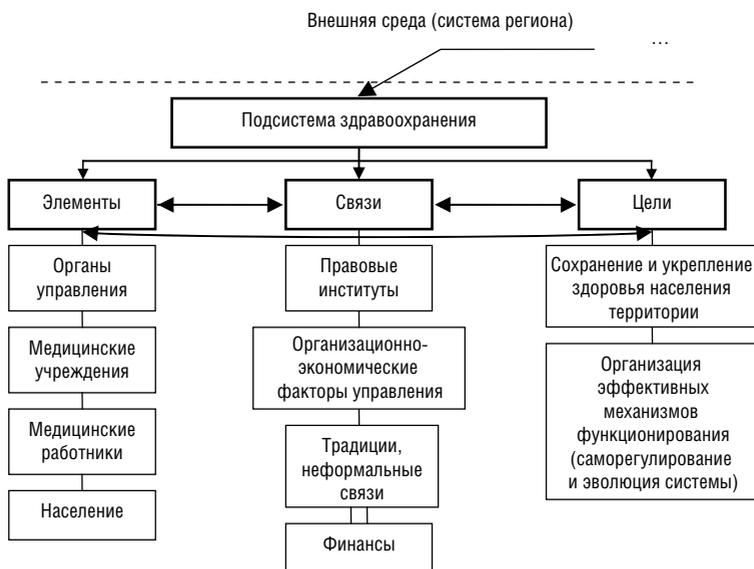


Рис. 3. Структура подсистемы (системы) здравоохранения

С позиций практического управления требуется реализация межотраслевого подхода к управлению здравоохранением, важность которого настолько неоспорима, что межсекторальное сотрудничество (наряду с ориентированностью на показатели мезоуровня экономической системы, акцентом на укреплении здоровья и профилактике заболеваний, умеренностью в вопросах личности и индивидуальных потребностей) называют родовым признаком общественного здравоохранения как функциональной подсистемы региона в сравнении с медицинской деятельностью (табл. 1) [77].

Таким образом, здравоохранение ориентировано на население территории в целом, а не на отдельного человека; его эффективность достигается путём объединения конструктивных управленческих усилий различных отраслей власти и различных ведомств (и не ограничивается оказанием медицинских услуг). Так, в содержание здравоохранительной деятель-

ности вписывается обеспечение государством общественных благ, таких как безопасность питьевой воды, контроль качества пищевых продуктов, лекарств, производственной безопасности и пр., что шире оказания медицинской помощи по месту жительства [61].

Таблица 1. **Различия между общественным здравоохранением и медициной**

Общественное здравоохранение (Public health)	Медицина (Medicine)
Первоочередная ориентированность на популяцию, население территории Умеренность в вопросах личности Акцент на укреплении здоровья и профилактике заболеваний Межсекторальное сотрудничество	Ориентация на индивидуальном, на потребностях человека Личностная этика, опирающаяся на социальную ответственность Акцент на диагнозе и посещении, всесильная помощь пациенту Кооперация между медицинскими службами

Эффективное управление системой здравоохранения необходимо реализовывать в русле общего управления системой региона и общей региональной социально-экономической политики, одной из составляющих которой выступает *региональная здравоохранительная политика*.

Признаем, что в российской науке недостаточно исследованы проблемы здравоохранительной политики, о чём говорит низкий уровень проработанности понятийного аппарата. В русском языке слово «политика» употребляется и в сфере борьбы за политическую власть на каком-либо уровне, и в стратегическом планировании. Отсюда сложность и непрозрачность государственных преобразований, а также часто встречающаяся в политических заявлениях подмена понятий, поэтому требуется основательная ревизии данных терминов. В английском языке указанные понятия терминологически и сущностно разделены. Английское слово «politics» относится к сфере политической игры и борьбы за власть, тогда как слово «polіcy» охватывает гораздо более широкий спектр понятий – от правоохранительной деятельности до реализации общественных программ с привлечением общественных институтов (в России это называют общественной политикой).

В зарубежной литературе имеется большое количество исследований, посвящённых изучению региональной политики, однако обратной стороной богатого научного опыта является множество разнообразных подходов к интерпретации данной категории (табл. 2).

Таблица 2. Подходы к пониманию здравоохранительной политики

Определение здравоохранительной политики	Авторы
Область науки и практической деятельности, относящаяся к вопросам приоритетов распределения ресурсов здравоохранения и анализу факторов, их определяющих	Mosby
Официальные решения относительно целей здравоохранения и способов их достижения	
Комплекс официальных решений, которые приняты правительством и непосредственно относятся к здоровью граждан или могут косвенно повлиять на него	Longest
Система основных компетенций, решений и действий, реализуемых теми, кто непосредственно входит в состав власти или может влиять на её позицию	по Gerston
Здравоохранительная политика даёт представление о том, что делает правительство для поддержания здоровья населения территории, зачем оно это делает и какое это имеет значение	Dye
Курс действий (или бездействия) правительства по решению социальных проблем (в частности, проблем здоровья и здравоохранения)	Kraft, Furlong
Политика, относящаяся к решениям, планам и мероприятиям, принимаемым для достижения определённых целей здравоохранения («specific health care goals») в обществе	B03
Совокупность направлений, принципов и функций, действий органов управления всех уровней, которые реализуют национальную идеологию охраны здоровья, обеспечивающую выравнивание медицинской помощи населению	Л.И. Васильцова

Одни авторы приближают сферу политики к области разработки и принятия решений, то есть управленческой деятельности и деятельности властных структур. Соответственно, политика (policy) в их понимании – это *официальные решения, принимаемые законодательной, исполнительной или судебной властью, рассматриваемые другими как директива к действию либо влияющие на действия, поведение или решения других*. И здравоохранительная политика определяется в этом же ключе, то есть как *комплекс официальных решений, которые приняты правительством и непосредственно относятся к здоровью граждан*

или могут косвенно повлиять на него [70; 79]. Таким образом, главным свойством политики называется её официальность. Положительным в данном научном подходе видится широкое понимание природы и значения здоровья для общества, несводимость политики по охране здоровья населения к компетенциям здравоохранительных ведомств и медицинских служб, из чего вытекает необходимость межсекторального сотрудничества в решении вопросов здоровья населения.

Описанный подход имеет и ряд недостатков. Во-первых, понимание здравоохранительной политики сужается до совокупности официальных решений, тогда как политика – многоступенчатый процесс, включающий постановку повестки дня, принятие политики, её реализацию и т.д. Во-вторых, авторы этого подхода не придают существенного значения деятельности неправительственных объединений и гражданской позиции (в целом – роли гражданского общества) в реализации социальной политики, однако без их активного участия она не может быть эффективной и нацеленной на нужды человека. Этот нюанс учтён другими исследователями, которые приводят следующее определение *общественной политики: система основных компетенций, решений и действий, реализуемых теми, кто непосредственно входит в состав власти или может влиять на её позицию* (см. [70]). Соответственно, и политика по охране здоровья населения должна пониматься как сфера деятельности властных и гражданских институтов.

Curtis P. McLaughlin и Craig McLaughlin в книге «Анализ политики в области охраны здоровья: междисциплинарный подход», не давая конкретной дефиниции здравоохранительной политики, тем не менее определяют её ключевые признаки, выдвигая ряд важнейших аспектов их анализа:

- оценка нынешнего положения дел;
- постановка перспективных задач;

- критическая оценка возможных путей развития;
- соответствие принятых преобразований общему институциональному контексту региона;
- участие граждан и ассоциаций в решении вопросов здоровья и здравоохранения;
- оценка возможностей по расширению воздействия гражданского общества на политические решения в здравоохранении [76].

Таким образом, на основе анализа и критической оценки подходов к пониманию здравоохранительной политики нами выделены существенные признаки региональной здравоохранительной политики:

- широкий спектр её субъектов (помимо органов власти влияние на формирование политики должны оказывать профессиональные ассоциации и гражданские объединения);
- многоступенчатый характер (политика не ограничивается реализацией управленческих решений, а включает несколько последовательных фаз);
- межотраслевой характер (в разработке и реализации политики участвуют не только отрасли и ведомства, непосредственно относящиеся к оказанию медицинской помощи, но и прочие).

На основе выбранных признаков нами было сформулировано рабочее определение *региональной здравоохранительной политики: это деятельность правительства и неправительственных общественных организаций, которая имеет целью сохранение и укрепление здоровья населения данного региона, результатом которой выступают официальные решения о практических мерах, прямо (в рамках отрасли здравоохранения) или косвенно (в других отраслях социальной сферы и в национальном и региональном хозяйстве в целом) направленных на поддержание общественного здоровья и реализуемых на основе межотраслевого подхода к управлению.*

Региональная здравоохранительная политика – сложный процесс, включающий шесть основных ступеней (фаз) (см. [76]):

1. Постановка повестки дня («Agenda Setting»).
2. Формирование политики («Policy Formulation»).
3. Принятие политики («Policy Adoption»).
4. Реализация политики («Policy Implementation»).
5. Оценка результатов политики («Policy Assessment»).
6. Корректировка политики («Policy Modification»).

Две последние стадии имеют особое значение, поскольку выполняют регулируемую функцию при внесении поправок в прочие ранее проведённые мероприятия (принцип обратной связи) (рис. 4).

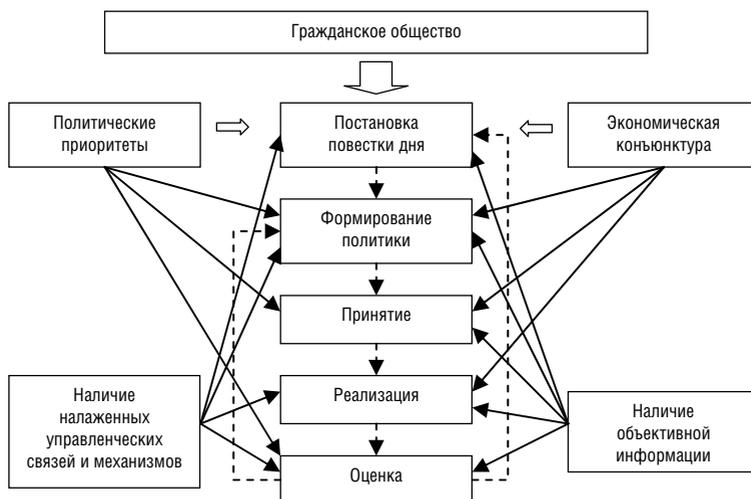


Рис. 4. **Ключевые стадии региональной здравоохранительной политики и факторы, её детерминирующие** (схема по George R. Palmer, Stephanie D. Short)

Принципиальным условием эффективной реализации региональной здравоохранительной политики представляется подчинённость всех перечисленных фаз воздействию усилий гражданских объединений, профсоюзов, гражданского общества в целом, что препятствует волюнтаризму в принятии решений в такой социально значимой сфере, как здравоохранение.

На действенность, прозрачность и эффективность региональной здравоохранительной политики влияют следующие факторы: экономическая обстановка в отдельном регионе и в стране в целом; политическая ситуация и система политических приоритетов; зрелость управленческой системы и налаженность конкретных финансовых механизмов; наличие объективной информации, позволяющей адекватно оценивать ситуацию со здоровьем населения региона и, следовательно, принимать необходимые управленческие решения и оценивать их итоги.

Базовыми факторами здравоохранительной политики, как и региональной социально-экономической политики в целом, являются политический (а также идущие в связке с ним идеологический и социокультурный) и экономический контексты. Примат того или другого в современной науке вызывает споры. С одной стороны, общество, слабо развитое экономически, имеет меньше возможностей выполнять социальные функции по сравнению с обществом, находящимся на более высоком уровне экономического развития и обладающим большим национальным доходом. С другой стороны, то, какую долю своего ВВП общество выделяет на нужды здравоохранения (как и на оборону, потребление и т. д.), есть вопрос политических приоритетов, которые определяются в сфере сознания, идеологии¹ [58].

На региональном уровне (то есть в рамках субъекта федерации) организация управленческих механизмов и наличие объективной информации как факторы ведения политики имеют большее значение, поскольку являются более гибкими и поддающимися регулированию за счёт местных управленческих усилий и рычагов. Об этом отчасти свидетельствует заметная

¹ Показательным в этом отношении фактом может служить установленная Д. Керником (D. Kernick) прямая статистически значимая корреляционная связь между богатством страны, выраженным в подушевом ВВП, и размерами финансирования здравоохранения в расчете на душу населения (Kernick, D. Getting health economics into practice. – UK. TJ International Ltd, Padstow, Cornwall, 2002. – P. 430).

дифференциация субъектов РФ по уровню организации механизмов управления и финансирования. Она сложилась в России в 1990 – 2000-е гг. после принятия закона о местном самоуправлении, в период наибольшей автономии регионов в проведении социально-экономических преобразований [39].

Таким образом, анализ основных научных теорий и концепций, посвящённых роли здравоохранения в экономике региона, показал следующее:

1. В целом, вклад здравоохранения в экономический рост региона характеризуется, во-первых, объёмом оказанных населению медицинских услуг, выраженным в стоимостной форме и обуславливающим рост создаваемого в отрасли регионального дохода, и, во-вторых, формированием производственного потенциала территории, определяющим ключевые параметры региональных трудовых ресурсов.

2. Уровень развития здравоохранения неразрывно связан с социально-экономическим развитием региона и страны в целом, которое, в свою очередь, определяется зрелостью общественного сознания и гражданского общества.

3. Затраты на здравоохранение оправданы экономической целесообразностью, и человек является объектом государственных инвестиций, выражающихся в общественных расходах на нужды отраслей социальной сферы, прежде всего образования и здравоохранения, которые становятся главным источником национального богатства; в этом смысле государственные ассигнования на здравоохранение нельзя понимать исключительно как затраты – они являются инвестициями в человеческий капитал, дающими экономическую отдачу в будущем.

4. Задачи здравоохранительной политики (или политики в сфере охраны и укрепления общественного здоровья) гораздо шире узкоспециальных задач отрасли здравоохранения, что требует реализации межведомственного подхода к решению вопросов здоровья.

В качестве важнейшего пункта настоящего исследования выступает задача обоснования роли здравоохранения как важного элемента социально-экономической системы региона. Это требует актуализации темы здоровья человека в контексте изучения региональных экономических систем.

Здоровье является ключевой ценностью для человека, что подтверждают социологические исследования: абсолютное большинство респондентов называют здоровье залогом жизненного успеха и ставят его на первое место в личной иерархии ценностей. Каждый человек нуждается в некотором минимальном запасе здоровья, который позволяет ему чувствовать себя комфортно в обществе и участвовать в экономической деятельности. В экономическом смысле результат его труда имеет первостепенное значение для благополучия региона, в котором он проживает, поэтому необходимость экономического развития территории и важность инвестиций в сохранение здоровья населения не противоречат друг другу, а являются взаимодополняющими императивами.

Изучение здоровья и здравоохранения в региональном контексте возможно при использовании целого ряда подходов и в различных аспектах (политический, экономический, юридический, социальный и др.), однако для адекватного понимания здравоохранения как некоего структурного и функционального компонента регионального хозяйственного комплекса необходимо рассмотреть их взаимосвязи с позиций экономической теории и общенаучной теории систем.

Рассматривая здоровье человека с позиций экономической теории, важно признать понимание медицинской услуги как товара, который может покупаться и продаваться на рынке в соответствии со спросом, хотя у медицинской услуги имеется ряд особенностей, которые выводят её за рамки обычного товара и обуславливают изъяны рынка медицинских услуг:

информационную асимметрию между врачом и пациентом, случайность наступления болезни, неэластичность спроса (потребление медицинских услуг слабо реагирует на изменение цен, отсюда риск бесконтрольного роста цен) и др. Вместе с тем медицинские услуги считаются мериторными благами, то есть их потребление стимулируется государством, поскольку спрос населения на медицинскую помощь и профилактические мероприятия (что является результатом здоровьесберегающего поведения людей), как правило, отстаёт от необходимых параметров [61; 72].

Кроме того, необходимо учитывать связь между здоровьем человека и его доходом, которая имеет сложную природу. С одной стороны, доход существенно влияет на уровень здоровья, причём это влияние может носить как прямой характер (через условия жизни), так и косвенный (через высокую социальную самоидентификацию и возможность индивида регулировать своё поведение). С другой стороны, здоровье выступает важнейшим фактором роста производительности труда, причём и на индивидуальном уровне, и в масштабах региона (рис. 5).

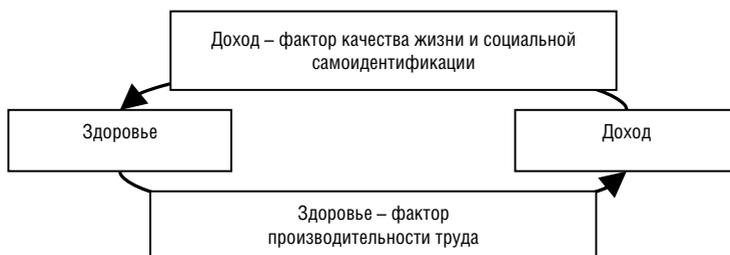


Рис. 5. Связь здоровья и дохода человека

Тесная связь здоровья и дохода обуславливает взаимное усиление инвестиций в здравоохранение и экономику.

В 1993 г. Всемирный банк сформулировал принципы, согласно которым ассигнования на здравоохранение имеют строгую научно-практическую обоснованность:

1. Здоровье является основополагающим элементом благосостояния.

2. Затраты на здравоохранение могут быть оправданы чисто экономическими соображениями.

3. Здоровье населения способствует экономическому росту:

- сокращаются потери продуктивного времени из-за болезней работников;
- становится возможным использование естественных ресурсов, ранее практически недоступных вследствие заболеваний;
- улучшается посещаемость школ детьми и их обучаемость;
- высвобождаются средства, ранее расходовавшиеся на лечение.

4. Правильная политика в области здравоохранения обуславливает хорошее здоровье.

Здоровье в данном контексте рассматривается как один из существенных факторов экономического развития и снижения бедности, а расходы на сохранение здоровья – как инвестиции, которые принесут экономическую отдачу в будущем. Система здравоохранения играет важную экономическую роль, эффективность здравоохранения влияет на конкурентоспособность экономики, воздействуя на затраты на рабочую силу, а также на гибкость рынка труда и распределение ресурсов на макро- и мезоэкономическом уровнях (рис. 6).

Роль здравоохранения в региональной экономике целесообразно оценивать и с позиций теории человеческого капитала. Капитал здоровья представляет собой инвестиции в человека, осуществляемые с целью формирования, поддержания и совершенствования его здоровья и работоспособности. Инвестиции в здоровье, его охрана, способствующие сокращению заболеваний и смертности, продлевают трудоспособную жизнь человека, следовательно, и время функционирования человеческого

капитала. Состояние здоровья человека – это его естественный капитал, часть которого является наследственной, другая – приобретённой в результате затрат самого человека и общества. В течение жизни происходит износ человеческого капитала. Инвестиции, связанные с охраной здоровья, способны замедлить данный процесс [61].



Рис. 6. Инвестиции и экономическая отдача от здоровья [74]

Согласно модели М. Гроссмана, представителя неоклассической экономической школы, человек желает сохранить своё здоровье (и поэтому потребляет медицинские услуги) не столько потому, что ценит здоровье само по себе, сколько потому, что стремится увеличить его запас (health stock), который им используется как производственный ресурс, со временем амортизирующийся [61; 72]. Таким образом, спрос на медицинские услуги является опосредованным спросом на здоровье, которое выступает товаром длительного пользования, необходимым для

«производства» рабочего времени. В свете этого медицинские услуги, оказываемые медицинскими учреждениями, входящими в состав регионального здравоохранения, рассматриваются как инструмент повышения производительности труда человека и, соответственно, региональной экономики в целом.

Согласно концепции основного и вспомогательного производств, в каждом регионе существует основная промышленность, продукция которой преимущественно вывозится из региона, и вспомогательное производство, продукция которого потребляется преимущественно в пределах региона. Вспомогательное производство, как правило, стандартно и представлено во всех регионах одним и тем же рядом отраслей и служб, хотя уровень их организации и эффективности функционирования могут существенно отличаться от региона к региону. Структура основного производства своей специфичностью определяет место региона в системе разделения труда и может существенно отличаться от структуры производства других регионов.

В Вологодской области основное производство представлено чёрной металлургией и химической промышленностью (обрабатывающие производства составляют 46% в структуре валовой добавленной стоимости), сельским хозяйством, охотой и лесным хозяйством (7,4% в структуре валовой добавленной стоимости), вспомогательное производство – сферой торговли, строительства, отраслями социальной сферы (здравоохранение, образование, культура и пр.) и т.д. Вместе с тем наряду с промышленностью и сельским хозяйством здравоохранение также является областью хозяйственной деятельности региона (хотя и имеет социальную специфику, изъяны рынка медицинских услуг), результатом которой выступают конкретные экономические блага – медицинские услуги, неотделимые от процесса труда, поэтому использование термина «отрасль непроектируемой сферы» применительно к здравоохранению некорректно [63].

Таким образом, здравоохранение – неотъемлемая часть региона как социально-экономической системы, поскольку оно функционально встроено в её социально-экономический, политический, информационный контексты. Деятельность здравоохранения вносит существенный вклад в экономическое развитие территории, а недоиспользование его функциональных возможностей и низкая эффективность оборачиваются снижением трудового потенциала региона и в конечном счёте экономическим ущербом для него. Это позволяет рассматривать здравоохранение как региональную социально-экономическую систему.

Структурная и функциональная целостность региона диктует необходимость применения системного подхода к реализации региональной социально-экономической политики (одной из её составляющих выступает региональная здравоохранительная политика). Такой подход может быть осуществлён только на основе межведомственного подхода к управлению, в соответствии с которым проблемы сохранения здоровья населения становятся компетенцией не только медицинских служб.

1.2. Состояние организационно-экономических факторов управления здравоохранением в России

Для адекватного понимания проблем современного российского здравоохранения как управляемой социально-экономической системы важно проанализировать состояние основных факторов, определяющих его эффективность и результаты.

В экономике понятию «фактор» (англ. *factor* – агент, посредник) приписывают два основных значения. Во-первых, факторами называются главные ресурсы производственной деятельности предприятия и экономики в целом (земля, труд, капитал, предпринимательство), движущая сила экономических, производственных процессов, оказывающая влияние на результат производственной, экономической деятельности. Во-вторых,

под фактором в экономике понимают *условие, причину, параметр, показатель, оказывающие влияние, воздействие на экономический процесс и результат этого процесса* [33; 65].

Существует множество классификаций факторов, оказывающих влияние на развитие, результаты деятельности и эффективность экономических систем, однако в большинстве случаев универсальным является разделение факторов на внешние и внутренние относительно системы, причём действие внешних факторов принимается как объективное условие, данность, практически не поддающееся регулированию со стороны субъекта управления, тогда как внутренними факторами можно управлять [67; 84; 85].

В качестве внешних детерминант управления региональным здравоохранением рассматриваются такие характеристики социально-экономического развития региона (он выступает внешней средой региональной системы здравоохранения), как состояние производства и уровень потребления, масштабы налогооблагаемой базы; внимание региональных органов власти к вопросам здоровья населения и здравоохранения территорий; демографическая обстановка; состояние окружающей среды и климатические условия в регионе и пр. (табл. 3).

Таблица 3. **Факторы управления региональной системой здравоохранения**

Группы факторов	Содержание факторов
Внешние факторы (контекстуальные, нерегулируемые)	
Экономическая ситуация в регионе	Развитие производства в регионе Налогооблагаемая база Уровень потребления
Политическая обстановка в регионе	Политические приоритеты Развитие институтов гражданского общества (в частности, профсоюзов, ассоциаций врачей и т.д.)
Социально-демографические факторы	Численность, половозрастной состав населения Состояние социальной инфраструктуры в целом
Природно-климатические и экологические факторы	Климатические условия Экологическое благополучие территории

Культурные факторы	Ценностные ориентации общества в целом или отдельных групп внутри общества Доверие к правительству и законодательной власти Статус профессионалов Структура идеологических предпочтений
Уровень развития медицинского и экономического образования в регионе	Возможность обеспечивать медицинские учреждения медицинскими и экономическими кадрами
Спрос на медицинские услуги	Объективные потребности жителей в медицинских услугах
Ожидания потребителей медицинской помощи	Растущий уровень требований граждан к качеству медицинских услуг и условиям их оказания
Внутренние факторы (регулируемые)	
Нормативно-правовая база здравоохранения	Законы, подзаконные акты, регламентирующие интеракции в здравоохранении
Административные	Система принятия решений Профессионализм управленческих кадров Коммуникативные связи Согласование политики регионального уровня управления здравоохранением с федеральным и муниципальными уровнями
Организационно-экономические факторы	Рациональность структуры и процесса оказания медицинских услуг населению Характер горизонтальных отношений, ориентация на сотрудничество с другими отраслями и ведомствами Затраты на достижение необходимых объёмов медицинских услуг должного качества Экономическое стимулирование работников
Материально-техническая база здравоохранения	Наличие зданий, оборудования, транспорта, коммуникаций
Человеческий фактор в управлении	Уровень личностных качеств субъектов, ответственных за принятие решений
Кадровый состав медицинских учреждений	Количественное и качественное соответствие трудовых ресурсов потребностям здравоохранения
По E. Ferlie, T. Bovaird, E. Löffler, E. Mossialos, A. Dixon с дополнениями.	

Внутренние факторы, воздействуя на структуру и процесс принятия и реализации управленческих решений, в целом сами регулируются в ходе управления системой, в этом состоит их специфика. Фактически в процессе управления формируется замкнутая цепь факторных воздействий и регулирующих инициатив.

Среди выделенных внутренних факторов управления особое место занимают организационно-экономические, отличающиеся широким спектром воздействия на процесс управления и его результаты. Причём организационно-экономические факторы могут быть условно разделены на две составляющие – организационную, связанную со структурой системы оказания медицинской помощи, отношениями между элементами системы, и экономическую, связанную с затратами на медицинскую помощь, оценкой их эффективности, рациональностью структуры и механизмов распределения, инвестициями и стимулированием работников здравоохранения к эффективной деятельности и т.д.

Важнейшими организационно-экономическими факторами управления региональной системой здравоохранения являются следующие: структурная организация региональной системы здравоохранения (системная целостность и преемственность уровней оказания медицинской помощи); особенности финансирования (размеры и структура государственных ассигнований на нужды здравоохранения, механизмы распределения финансовых средств между территориями); практика оценки эффективности здравоохранения (наличие доступной и достоверной информации, разработанность методологической базы экономического анализа, организация системы мониторинга эффективности затрат); вертикальные связи – связи с другими уровнями управления (федеральным, муниципальным и учрежденческим) и горизонтальные – связи с другими отраслями и ведомствами в решении проблем здоровья населения и здравоохранения территории (рис. 7).

Анализ структурной организации здравоохранения. Сложившаяся к 2000-м гг. российская модель отечественного здравоохранения представляла собой сочетание институциональных принципов советской системы здравоохранения, модели Н.А. Семашко (ориентация на стационарное лечение и сметное

финансирование) с новыми реформаторскими элементами, внедрёнными в её структуру в период постсоциалистического развития страны (страховое финансирование, конкретизация гарантий по оказанию медицинской помощи при планировании расходов программы госгарантий и пр.).

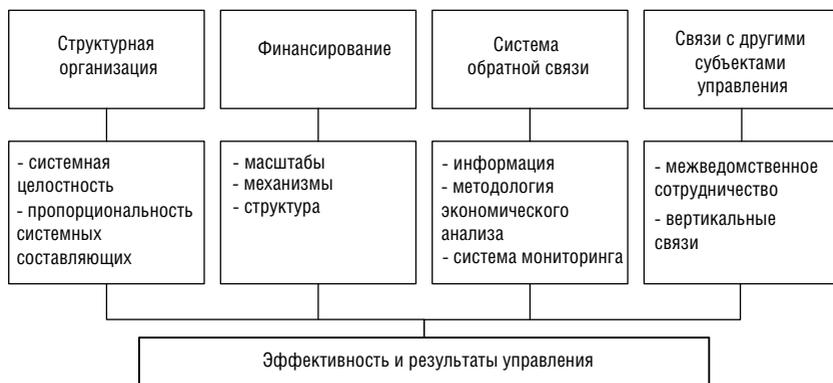


Рис. 7. Содержание основных организационно-экономических факторов управления региональной системой здравоохранения

В России, как и во многих странах Восточной Европы и постсоветского пространства, система здравоохранения обладает обширной сетью специализированных (психиатрических, туберкулезных, онкологических, дерматологических, венерологических, глазных и др.) больниц государственного, регионального и окружного уровней. Кроме того, важным отличием здравоохранения России в отличие от других стран мира является организационное выделение медицинской помощи детям, которая предоставляется в специальных детских больницах [64; 71].

Материальная база современного российского здравоохранения была сформирована преимущественно во второй половине XX в. В тот период здравоохранение понималось как отрасль «непроизводственной сферы», потребляющей часть дохода, производимого реальным сектором экономики, но не вносящей

вклада в объём национального продукта, что заложило основу остаточного принципа финансирования медицинских служб и вместе с тем определило затратный способ расходования лимита ресурсов. Подход к здравоохранению как к непроизводящей отрасли обусловил отсутствие принципов экономической целесообразности и эффективности в данной сфере. Финансирование отрасли основывалось на показателях ресурсного обеспечения и осуществлялось по сметному принципу, а её развитие носило экстенсивный характер: строились новые стационарные мощности, расширялся контингент медицинского персонала (на фоне дефицита финансирования). Ориентация на формальные ориентиры препятствовала достижению истинных целей здравоохранения – сохранению здоровья и снижению смертности населения [63].

В постсоветский период в России и других республиках бывшего СССР произошли такие деструктивные процессы, как закрытие больниц, сокращение числа больничных коек и т.д. (рис. 8).

Причиной тому послужили не принятые правительствами этих стран целенаправленные решения², как в 1960 – 1970-е гг. в Европе, США и Канаде, а обстоятельства непреодолимой силы – трансформационные процессы и, в случае Грузии и Таджикистана, военные потрясения [71].

Сократился также приём больных (число госпитализаций в расчёте на 100 человек населения в странах бывшего СССР снизилось с 23 в 1985 г. до 15,4 в 1998 г.), однако сроки стационарного лечения больных были (в советский период и первое десятилетие постсоветского периода) и всё ещё остаются (2000-е годы) значительно более продолжительными, чем в других странах Европы (см. [71]).

² Ситуацию в Киргизии, где закрытие больниц было предусмотрено национальными планами здравоохранения и поддержано президентскими декретами, следует рассматривать как исключение.

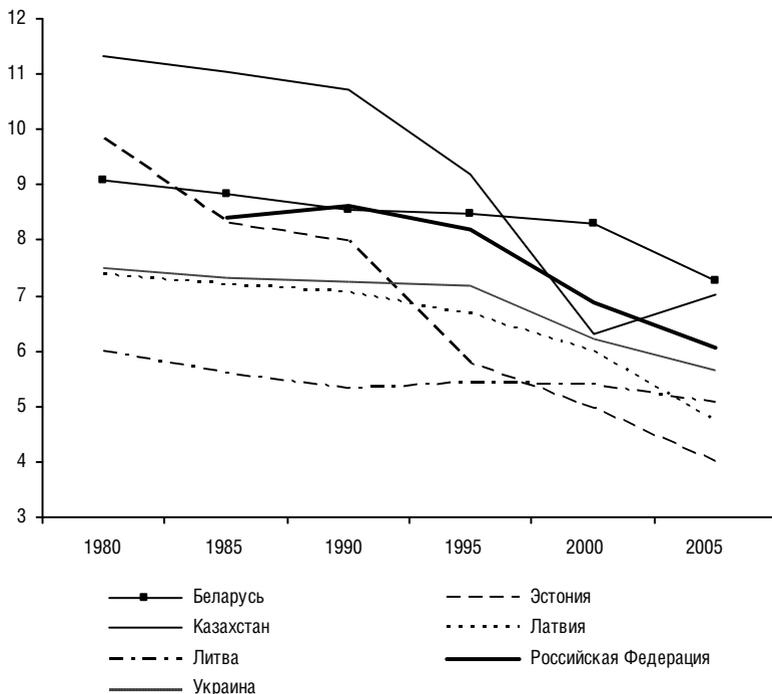


Рис. 8. Количество больниц на 100 000 чел. населения в некоторых бывших советских республиках до и после распада СССР

Сокращение численности стационарных медицинских учреждений в России продолжилось и в 2000-е гг., хотя экономическая ситуация в этот период была более благополучной. В 2000 – 2008 гг. закрылось много больниц практически во всех регионах. Исключением стали Калужская область, Кабардино-Балкарская Республика и г. Москва, в которых имело место незначительное увеличение количества больничных учреждений – на 7, 7 и 12% соответственно, а также Республика Адыгея и Еврейская автономная область, в которых данный показатель не изменился. Наиболее масштабное закрытие больниц произошло в Чукотском автономном округе (к 2008 г. число больниц

сократилось на 97%), Республике Саха (Якутия) (82%), Республике Башкортостан (61%), Воронежской (60%) и Вологодской (59%) областях.

Говоря о необходимости сокращения в современной России ёмкости больниц (количество коек в больнице), многие отечественные исследователи склонны апеллировать к западноевропейскому и североамериканскому опыту и прибегать к межрегиональным сравнениям. Действительно, согласно статистическим данным ВОЗ, базовые показатели здравоохранения: количество больниц, коек круглосуточного пребывания, койко-дней в относительном выражении, длительность госпитализации – в России значительно выше таковых в развитых странах. В то же время подобные сопоставления нельзя принимать безоговорочно, не учитывая различий между социально-культурными контекстами разных стран. Так, больницы в условиях советской экономики выполняли несколько иные функции, чем в передовых европейских государствах, имея более широкую социальную роль, чтобы частично компенсировать отсутствие эффективной системы социального обеспечения и развитого потребительского рынка. Это не перестало быть актуальным и в трансформационный период, когда качество жизни россиян резко ухудшилось.

Следует подчеркнуть, что неравноценность содержания основополагающих категорий (больничная койка, средний медицинский персонал, больница) заметно ограничивает возможности интерпретации статистических данных. Например, понятие «больничная койка» – интегративное, объединяющее такие характеристики, как уровень технического оснащения и квалификации специалистов, стандартизация и т.д. (см. [71]). Однако эти различия не учитываются при межрегиональных сравнениях, количественно сопоставляются качественно разнородные понятия, и поэтому соотношение показателей коли-

чества коек приводит к искусственному «улучшению» ситуации в бедных странах. Очевидно, что по уровню расходов, квалификации медицинского персонала и другим показателям страны ЕС или США существенно опережают страны СНГ и Восточной Европы. Следовательно, доведение ключевых показателей медицинских служб в России до европейского «стандарта» должно сопровождаться повышением качественных параметров здравоохранения.

В период с 2000 по 2008 г. в большинстве регионов РФ сокращались не только стационарные, но и амбулаторно-поликлинические учреждения, что противоречит декларируемым принципам приоритетности первичного звена в оказании медицинской помощи и профилактической ориентированности здравоохранения.

Особенно заметной данная тенденция стала в таких субъектах РФ, как: Республика Саха (Якутия), где количество амбулаторных учреждений снизилось на 78%, Ставропольский край – 64%, Пензенская область – 63%, Республика Бурятия – 61%, Чувашская Республика – 59% и т.д. Только в Белгородской области число амбулаторно-поликлинических учреждений осталось неизменным; в 12 регионах произошло его увеличение (например, Кабардино-Балкарская Республика – на 24,5%, Сахалинская область – 22%, Республика Ингушетия – 21%, Санкт-Петербург – 19%, Владимирская область – 18%).

Несмотря на масштабную реструктуризацию стационарной помощи, в отечественном здравоохранении сохраняются глубокие структурные диспропорции, а развитие стационарозамещающих технологий как компенсаторного механизма отстаёт от деструктивных процессов сокращения коечных фондов. Складывается заметная дифференциация регионов по показателям внедрения в практику здравоохранения малозатратных форм медицинской помощи. Так, в 2009 г. показатели

обеспеченности населения местами в дневных стационарах варьировались от 26,7 места на 10 тыс. человек населения в Новгородской области до 0,3 – в Республике Ингушетии при среднероссийском – 14,9, причём небольшие значения данного показателя были характерны и для регионов с высоким уровнем социально-экономического развития (например, Москва – 4,6). Это свидетельствует о неравномерности принятия управленческих инициатив в различных регионах и о слабой нормативно-методической обеспеченности данного процесса на федеральном уровне.

Анализ финансирования здравоохранения. Размеры государственных ассигнований на нужды здравоохранения и уровень заработной платы медицинских работников в России остаются недостаточными. Сравнение с другими странами по доле расходов на здравоохранение в структуре ВВП ставит Россию в один ряд с переходными экономиками (например, страны СНГ – в среднем 5,3% ВВП), при этом она существенно уступает странам – членам ЕС, в которых квота на нужды здравоохранения составляет 8 – 10% от ВВП (рис. 9).

Базовый норматив общественных расходов на здравоохранение, сравнение с которым стоит признать методически корректным, – это рекомендованные ВОЗ 5% от ВВП страны (включая и частные платежи населения). Затраты на здравоохранение в Российской Федерации составляют около 6% ВВП, то есть формально удовлетворяют установленному базовому нормативу. Однако относительно этого вопроса нет единогласия среди экспертов, в частности, по причине разнообразия применяемых к оценкам подходов. По мнению одних экспертов, что существующих средств недостаточно даже для обеспечения минимального государственного стандарта, другие утверждают, что обязательный минимум достигнут и эти средства необходимо более эффективно осваивать. Однако российское здравоохранение испытывает недостаток средств, о чём свидетельствует невы-

полнение в большинстве субъектов РФ программ государственных гарантий по оказанию гражданам бесплатной медицинской помощи. В 2005 г. уровень финансовой обеспеченности территориальных программ госгарантий (отношение размеров финансирования программ к рассчитанной величине их стоимости) достигал 100% и более только в семи субъектах РФ (Сахалинская, Ярославская области, Ненецкий автономный округ, Свердловская, Липецкая области, Ханты-Мансийский и Ямало-Ненецкий автономные округа)³.

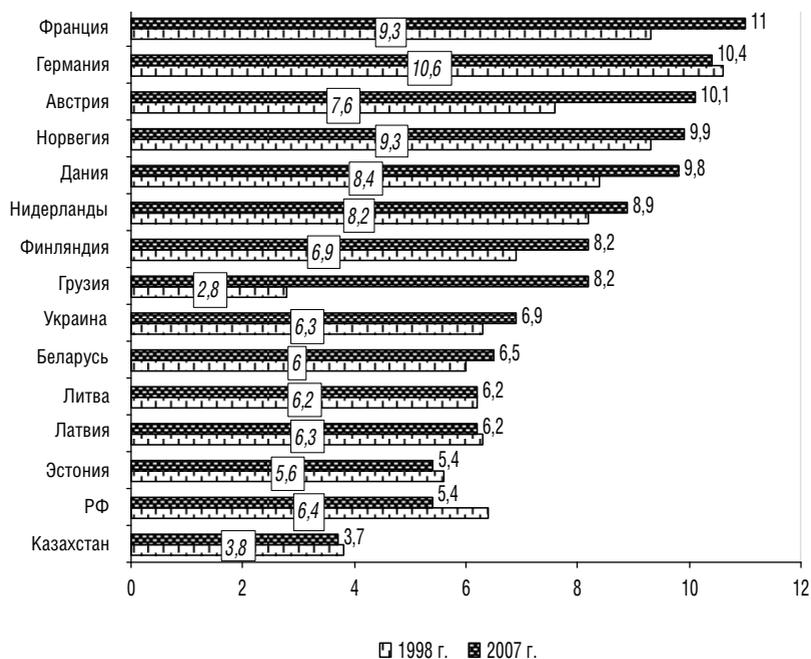


Рис. 9. Общие затраты на здравоохранение в ряде стран мира в 1998 и 2007 гг., % от ВВП (оценка ВОЗ) [26]

³ Данные о выполнении государственных гарантий по обеспечению граждан бесплатной медицинской помощью, как и о некоторых других показателях деятельности здравоохранения в регионах РФ, на сегодняшний день доступны только в базе данных «Реализация реформы здравоохранения в субъектах РФ» (URL: <http://www.healthreform.ru/>), однако они ограничиваются 2004, 2005 и 2006 гг.

Несмотря на то что доля бюджетных расходов на здравоохранение в двухтысячные годы увеличилась почти в два раза, в 2010 г. она составила лишь 4% (табл. 4).

Таблица 4. **Общие расходы бюджета РФ на здравоохранение и физическую культуру** [60; 54; 56]

Показатель	2000 г.	2001 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.
% от ВВП	2,2	2,0	2,3	2,2	2,8	2,7	3,5	3,8	3,3	3,5	4,0

Увеличение расходов было во многом обусловлено реализацией национального проекта «Здоровье», ориентированного на усиление социальной направленности бюджетной политики. В итоге государственный бюджет 2006 г. был назван бюджетом развития, а вложения в сферу образования и здравоохранения были определены во всех бюджетных документах как одно из важнейших направлений госрасходов – в 2006 г. бюджетные расходы на здравоохранение и физическую культуру возросли до 3,5%. В 2006 г. началась реализация принятых обязательств.

Несмотря на критику со стороны экспертного сообщества содержания и режима проведения мероприятий в рамках нацпроекта «Здоровье», он, по сути, стал одним из политических шагов в сфере признания прав человека на достойную жизнь как первоочередной ценности. Однако финансирование данного нацпроекта составляет 5% от всего массива финансового обеспечения отрасли, остальные 95% расходуются преимущественно нецелевым образом. Более того, даже при освоении средств национального проекта на уровне субъектов РФ допускаются серьезные нарушения: так, в 2008 г. в Вологодской области, по данным Территориального фонда Обязательного медицинского страхования (ТФОМС), в общей структуре нецелевых затрат на долю национального проекта «Здоровье» пришлось более 60%.

На фоне децентрализации системы управления и существенных различий в масштабах налогооблагаемой базы сложилась широкая дифференциация субъектов РФ по уровню финансирования здравоохранения. В первых пяти наиболее обеспеченных регионах (Ханты-Мансийский, Ненецкий, Эвенкийский автономные округа, Москва и Сахалинская область) показатель финансовой обеспеченности территориальных программ госгарантий (с учетом коэффициентов удорожания условной единицы бюджетной услуги) в 2006 году более чем в семь раз таковой в пяти наименее обеспеченных регионах (республики Северного Кавказа и Ставропольский край) (см. [39]). Среди регионов Северо-Западного федерального округа в 2006 г. этот показатель был наибольшим в Мурманской области – 97% (соответственно дефицит составил 3%), тогда как в других макрорегионах имелись примеры полного выполнения и перевыполнения госгарантий (в Сахалинской области – 120%; Ярославской области – 110%; в Ненецком автономном округе, Липецкой и Свердловской областях – 100% при среднем по всем субъектам РФ – 81%) (рис. 10).

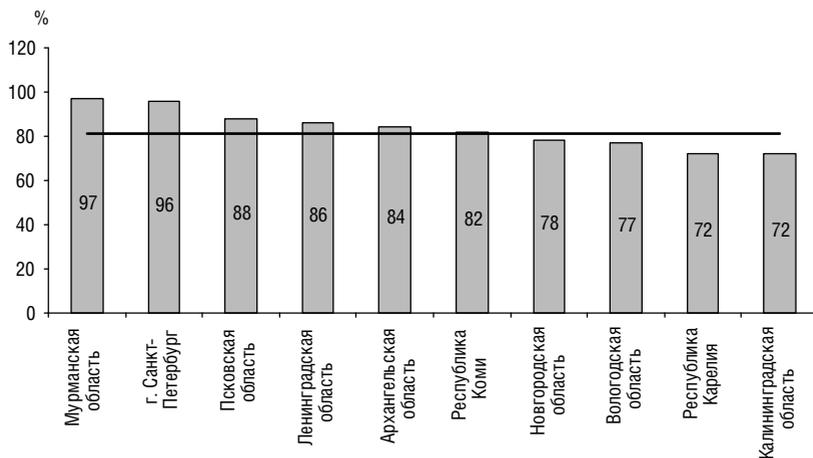


Рис. 10. Уровень финансовой обеспеченности территориальной Программы государственных гарантий в регионах СЗФО на фоне общефедерального уровня (2006 г.) [39]

Другим важным показателем финансирования здравоохранения является размер оплаты труда врачей и медицинских сестер. В развитых странах мира доход медицинских работников несущественно уступает доходам населения в целом по всем видам экономической деятельности, а в Канаде и США несколько превышает данный показатель (рис. 11). Ситуация в России характеризуется существенно большим, чем в развитых и ряде постсоциалистических экономик мира, отставанием здравоохранения от прочих отраслей по уровню оплаты труда работников. Несмотря на то, что в течение десяти лет устойчивого экономического роста произошло увеличение денежных доходов работников, занятых в сфере здравоохранения, размер их заработка до сих пор остается значительно ниже показателя оплаты труда по другим отраслям российской экономики (в 1998 г. этот показатель составил 68%, а в 2008 г. – 76%).

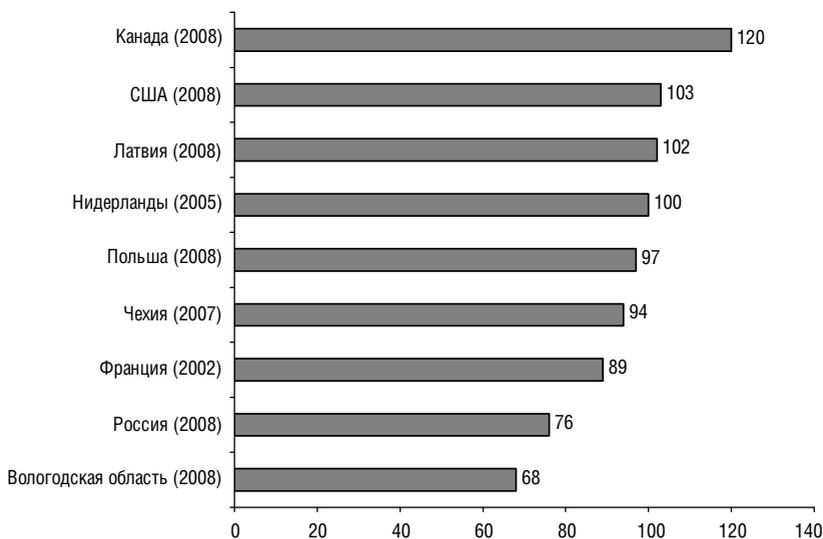


Рис. 11. Отношение средней заработной платы в сфере здравоохранения и предоставления социальных услуг к уровню средней по экономике в целом в некоторых странах мира, РФ и Вологодской области, в %

Источник: рассчитано по данным LABORSTA Internet. – URL: <http://laborsta.ilo.org/STP/guest>

Таким образом, реформы, проходившие в России в конце XX, не привели к существенным положительным результатам в деле повышения экономической эффективности отрасли. Эксперты утверждают, что состояние российской системы здравоохранения на сегодняшний день характеризуется как системный кризис, а формула его неэффективности сводится к затратному способу расходования ограниченного количества ресурсов [86].

Начиная с 1990-х гг., после принятия закона о местном самоуправлении и произошедшей децентрализации государственной системы управления здравоохранением, регионы России начали проводить собственную независимую политику совершенствования организации отрасли. Федеральным фондом ОМС были разработаны и предложены для использования «Методические рекомендации по выбору способа и организации оплаты медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования граждан» (Приказ Минздрава РФ № 147, 1993 г.).

Однако рекомендованные подходы не отменяли смету расходов, но лишь предлагали использовать новые методы оплаты медицинской помощи как дополнительные. Поэтому местные органы власти реформировали систему здравоохранения, руководствуясь более собственными предпочтениями и интересами, чем рекомендациями центральных властей, не всегда ориентируясь на объективную целесообразность или не имея для этого объективных возможностей.

В результате этого между регионами РФ сформировались заметные различия в организации общественного финансирования и управления здравоохранением, в разных субъектах РФ появилось множество схем распределения финансовых средств в региональных системах здравоохранения. Так, в 2006 г. оплата амбулаторной помощи в системе ОМС 88% субъектов РФ проводилась исходя из количества посещений, 36% – из количества законченных случаев лечения, в 25% регионов использовался

способ оплаты за отдельные услуги, в 8% – смета расходов, только в 3% субъектах применялся метод оплаты медицинских услуг по балльной шкале [39]. Перечисленные методы оплаты медицинской помощи отличаются чрезвычайной затратностью и не удовлетворяют принципам экономической эффективности и социальной справедливости, что будет показано в настоящей работе на примере Вологодской области. Тот факт, что в ряде субъектов РФ продолжает существовать принцип оплаты медицинских услуг по смете расходов, само по себе противоречит концепции страховой медицины.

Между тем мировой и российский опыт, накопленный в сфере финансирования здравоохранения, предлагает передовые методы оплаты медицинской помощи, в частности капитацию, чаще называемую в экономической практике подушевым финансированием. Его суть состоит в предварительном согласовании объёмов медицинской помощи и средств на её оплату между поставщиком и финансирующей стороной (которой могут выступать как страховые медицинские организации – СМО, так и территориальные фонды обязательного медицинского страхования – ТФОМС), что стимулирует медицинские учреждения к более рациональному использованию имеющихся в их распоряжении ресурсов, основанному на планировании и ориентации на малозатратные формы оказания медицинской помощи, а также способствует развитию профилактической деятельности. В 2006 г. метод оплаты согласно подушевому принципу (на одного прикрепившегося) использовался лишь в 14% субъектов РФ.

На сегодняшний день в российских регионах, существенно различающихся по показателям и степени развития управленческих и финансовых механизмов здравоохранения, используется весь спектр методов оплаты медицинской помощи, включая как прогрессивные, так и нежелательные для использования, что свидетельствует, с одной стороны, о различном понимании

региональными органами управления значения эффективных механизмов финансирования, а с другой стороны, о широких возможностях региональных властей по реформированию организационно-экономических механизмов здравоохранения.

1.3. Методологические подходы и практика оценки эффективности здравоохранения в регионе

Как отмечалось в п. 1.2, помимо структурной организации и особенностей финансирования на эффективность и результаты управления здравоохранением влияют такие факторы, как наличие системы обратной связи и ориентации на межотраслевое и межведомственное взаимодействие в решении проблем здоровья населения региона. Более того, в п. 1.1 было сказано, что эффективное управление системой здравоохранения требует реализации его в контексте общей региональной социально-экономической политики, одной из составляющих которой выступает региональная здравоохранительная политика. В качестве существенного признака последней выделяется межотраслевое сотрудничество. Исходя из этого, оценка эффективности региональной здравоохранительной политики должна затрагивать не столько деятельность медицинских служб, сколько степень взаимодействия медицинских служб и органов управления здравоохранением с прочими отраслями и ведомствами. В данном пункте и в п. 3.2 настоящей работы показано, как могут регулироваться факторы обратной связи и горизонтального взаимодействия при организации системы мониторинга эффективности региональной здравоохранительной политики.

Для функционирования здравоохранения, являющегося ресурсоёмкой отраслью, необходимо затрачивать большое количество различных видов ресурсов: финансовых, кадровых, материальных. Влияние таких факторов, как старение населения, быстрое развитие техники, рост общественных ожиданий, давление поставщиков, приводят к тому, что расходы на охрану здоровья населения растут чрезвычайно быстрыми темпами [85].

Вместе с тем финансовые возможности любого государства ограничены, и даже наиболее экономически развитые страны мира выделяют на нужды здравоохранения ограниченную долю своего национального дохода.

Важную роль играет не только обеспеченность здравоохранения необходимыми средствами, но и пропорциональное соотношение, способ их использования, а также качественные характеристики предоставляемых гражданам медицинских услуг. От успешности разрешения данных вопросов в конечном счёте зависит эффективность функционирования отрасли и, в значительной степени, уровень здоровья населения. Для преодоления описанных противоречий существуют конкретные методы экономического анализа, позволяющие объективно, на основании научного подхода, выбрать способ освоения финансовых ресурсов. Кроме того, государственная политика в здравоохранении должна опираться на достоверную информацию об экономической и социальной эффективности реализуемых в рамках территорий программ и проектов по охране общественного здоровья.

Признавая важность рационализации расходов и экономического анализа в социальной сфере, мы считаем, что в России данные вопросы не получили должного внимания. Попытки разработать и внедрить систему оценки эффективности затрат в практику здравоохранения до сих пор были чрезвычайно редкими и опирались исключительно на частную инициативу и энтузиазм местных властей в ряде регионов. Ситуация во многом определялась и объективными причинами – дефицитом медицинской и экономической информации; низким уровнем информатизации здравоохранения; отсутствием соответствующих специалистов и консультативных органов. В то же время обсуждаемая проблематика не является совершенно новой для российских условий, поскольку о необходимости расчёта экономической и социальной эффективности работы медицинских служб загово-

рили ещё в советскую эпоху, когда здравоохранение понималось как отрасль «непроизводственной сферы», вторичная по отношению к отраслям материального производства. Однако меры по рационализации затрат в здравоохранении практически не принимались ни в то время, ни в постсоветский период.

Ситуация изменилась лишь в середине 2000-х гг., когда были сделаны заметные шаги в этом направлении. Это постановление Правительства РФ «О мерах по повышению результативности бюджетных расходов» от 22.05.2004 № 249; Отраслевая программа «Повышение структурной эффективности системы здравоохранения РФ на 2004 – 2010 гг.», принятая в 2004 г.; Методика оценки эффективности деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации от 18.07.2007. В то время как на федеральном уровне всё-таки начали обращаться к вопросам повышения эффективности расходов социальной сферы, местные органы власти и руководители ЛПУ не проявляли к ним должного интереса, продолжая принимать решения о распределении имеющихся ресурсов, опираясь на личный опыт и интуицию. Наиболее консервативные представители власти и науки до сих пор склонны не принимать идеи в отношении рационализации расходов в здравоохранении, именуя их не иначе, как попытками сэкономить на пациенте.

Вместе с тем зарубежный опыт свидетельствует, что поиск путей наиболее рационального вложения ресурсов выступает проявлением политической и экономической ответственности властей. Это подчёркивает важность широкого внедрения механизмов экономического анализа в сфере здравоохранения, а также обуславливает необходимость их сравнительной оценки с выбором наиболее приемлемых и отвечающих условиям региональной специфики вариантов.

Поскольку здравоохранение является подсистемой региональной системы хозяйствования, оценка её эффективности

должна проводиться в контексте общеэкономического развития территории, то есть наилучшим способом экономического анализа здравоохранения является такой, который отражает вклад деятельности отрасли в экономический рост региона. Для этих целей наиболее оптимален вариант оценки, когда показатели потерь имеют стоимостное выражение.

Использование медико-демографических показателей, таких как заболеваемость и смертность, для оценки эффективности расходов на здравоохранение представляет затруднение прежде всего в силу их значительной инерционности. Например, привлечение дополнительных средств в здравоохранение, как правило, приводит к увеличению «статистической заболеваемости» населения, поскольку при этом высвобождаются ранее латентные потребности граждан, которые в условиях увеличения финансового обеспечения уже могут быть удовлетворены.

Экономическая наука предлагает четыре ключевых метода экономической оценки в сфере здравоохранения: метод минимизации затрат, «затраты – результативность», «затраты – полезность», «затраты – выгода» [7; 9; 78]. Каждый из них может найти применение в практике медицинских учреждений и органов отраслевого управления, однако лишь в определённых условиях и при соблюдении ряда методологических требований. Так, методы минимизации расходов и «затраты – выгода» удобны только в тех случаях, когда получаемый эффект имеет денежное выражение. Использование метода «затраты – полезность» (при этом в качестве единиц измерения результата служат показатели «дни здоровой жизни» или «годы жизни с поправкой на качество») существенно ограничивается возможностями имеющейся статистической информации и правомерно лишь при проведении отдельных научных исследований. Наиболее передовым, но вместе с тем требующим особого инструментария для оценки является метод «затраты – результативность».

Он предполагает сравнение вариантов расходования средств, направленных на достижение единой цели и различающихся как масштабами затрат, так и степенью достижения результата. Однако все перечисленные методы экономической оценки лишь в ряде случаев применимы в масштабах региона, они более оптимальны на микроуровне, в деятельности лечебно-профилактических учреждений.

Традиционно используемые в российской практике способы экономического анализа сводятся к расчёту различных частных показателей технико-экономической эффективности использования ресурсов (показатели использования основных фондов, медицинского персонала, коечного фонда и пр.), причём преимущественно в масштабах отдельного ЛПУ. Они характеризуются простотой расчёта, хотя неприменимы для целей стратегического управления, поскольку затрагивают лишь отдельные аспекты экономической деятельности и по большому счёту не являются инструментом для оценки ЛПУ и муниципального здравоохранения как целостных систем. В качестве выхода рекомендуется использование интегрированных показателей с присвоением весовых коэффициентов каждому из них, но субъективность, присущая данному подходу, ставит под сомнение достоверность получаемых таким способом результатов. Весовые коэффициенты подбираются методом экспертных оценок, а общественное мнение подвержено колебаниям, значит, приоритетность того или иного показателя оказывается условной [20].

В качестве альтернативы отмеченным подходам в зарубежной и, в меньшей степени, отечественной литературе предлагаются методы свёртки данных (DEA) и метод анализа на основе стохастических границ производственных возможностей (SFA). Однако их применение наиболее уместно при оценке деятельности отдельных ЛПУ и, помимо того, связано с рядом существенных трудностей, в частности сложностью методологического аппарата, обуславливающей высокую вероятность получения недостоверных данных.

В 2007 г. Комиссией при Президенте РФ по вопросам совершенствования государственного управления и правосудия во исполнение Указа Президента Российской Федерации от 28.06.2007 № 825 «Об оценке эффективности деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации» была утверждена официальная практическая методика оценки эффективности деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации [23].

Рекомендуемая схема экономической оценки направлена на решение следующих задач:

1. Выявление зон, требующих приоритетного внимания региональных и муниципальных властей.

2. Разработка перечня мероприятий по повышению результативности деятельности региональных органов исполнительной власти, в том числе по оптимизации неэффективных расходов.

3. Выявление внутренних ресурсов (финансовых, материально-технических, кадровых и др.) для увеличения заработной платы работников бюджетной сферы, повышения качества и объема предоставляемых населению услуг.

В практической части методики определены пороговые значения основных ресурсных показателей здравоохранения, отклонение от которых расценивается как свидетельство нерациональности подхода к организации функционирования отрасли и как составляющая неэффективности регионального здравоохранения в целом. Более того, степень отклонения от норматива рассчитывается арифметически, она отражается в конкретном значении суммы так называемых «неэффективных» расходов.

Оценка эффективности расходов здравоохранения на госпитализацию больных рассчитывается следующим образом:

$$P4 = \frac{P^1 4 \times V_n}{100},$$

$$P^1 4 = (Y\phi - Y\psi) \times C,$$

где $P4$ – объем неэффективных расходов на стационарную медицинскую помощь вследствие высокого уровня госпитализации (тыс. рублей); $P^1 4$ – показатель неэффективных расходов на стационарную медицинскую помощь вследствие высокого уровня госпитализации из расчета на 100 человек населения (тыс. рублей); $Y\phi$ – фактический уровень госпитализации в государственные (муниципальные) учреждения здравоохранения из расчета на 100 человек населения (человек); $Y\psi$ – среднее значение показателя уровня госпитализации в государственные (муниципальные) учреждения здравоохранения из расчета на 100 человек населения (человек); V_n – среднегодовая численность населения в субъекте Российской Федерации (тыс. человек); C – стоимость лечения стационарного больного в государственных (муниципальных) учреждениях здравоохранения (тыс. рублей).

В качестве примера рассмотрим уровень госпитализации. Для более эффективного использования коечного фонда в Вологодской области планировалось снизить уровень госпитализации до 22 случаев на 100 человек населения к 2009 г. Согласно проведенным расчётам, дополнительных (экономически нецелесообразных) расходов отрасли, понесенных по причине повышенного в сравнении с принятым нормативом уровня госпитализации, уже к 2008 г. в регионе не наблюдалось (табл. 5).

Таблица 5. **Оценка эффективности расходов здравоохранения на госпитализацию больных***

Показатели	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.
Фактическая средняя госпитализация на 100 чел., дней	25,3	25,1	18,1	16,6
Нормативное значение средней госпитализации, дней	22,3	22,3	22,3	22,3
Стоимость лечения стационарного больного в день, руб.	669,59	762,27	909,25	1030
Население области, чел.	1 231 600	1 222 900	1 213 800	1 205 300
Неэффективные расходы, тыс. руб.	24 740,0	26 101,0	–	–

* Данные приводятся с года, когда соответствующее постановление вступило в силу.

Аналогичный подход к оценке масштабов неэффективных расходов на уровне муниципальных образований субъектов РФ был разработан экспертами Минздравсоцразвития и в 2008 г. утверждён Указом Президента РФ от 28.04.2008 № 607 «Об оценке эффективности деятельности органов местного самоуправления городских округов и муниципальных районов»). Однако параллельное применение обоих подходов вызывает существенные затруднения.

Во-первых, при расчёте неэффективных затрат на общеобластном уровне в рамках методики, закреплённой Указом № 825, получаются усреднённые по региону показатели, что скрывает различия между отдельными муниципальными районами. Так, несмотря на отсутствие в Вологодской области в целом неэффективных расходов на госпитализацию, её уровень остаётся высоким в ряде муниципальных районов: Бабушкинском, Тотемском, Никольском, Бабаевском, Белозерском, Сямженском, Междуреченском, Вашкинском (показатель выше 18,0 – среднего за 2008 г.). Таким образом, отсутствие неэффективных затрат в масштабе региона не означает отсутствия таковых в отдельных территориях.

Во-вторых, сопоставление результатов обоих подходов методологически некорректно, поскольку при оценке неэффективных расходов по методике Указа № 825 учитываются показатели всех медицинских учреждений области, включая государственные, тогда как по методике Указа № 607 – показатели только муниципальных учреждений здравоохранения, без учёта государственных, что приводит к несопоставимости получаемых результатов. Более того, в Череповецком и Вологодском районах, прилегающих к крупным городам, уровень госпитализации значительно ниже (5,4 и 9,6 соответственно), так как часть больных из этих районов лечится в государственных учреждениях здравоохранения и городских ЛПУ Вологды и Череповца.

Наконец, некорректность данного подхода состоит ещё и в том, что неэффективные расходы оцениваются в абсолютных показателях, поэтому в крупных муниципальных образованиях они оказываются выше, чем в муниципалитетах с меньшей численностью населения.

Согласно предложенной системе оценки, соответствующей методологии экономического анализа минимизации затрат, экономический эффект рассчитывается в терминах расходов, которых удалось избежать в результате замены базового варианта вложения средств новым, экономически более рациональным. Существенными недостатками данной методики являются следующие:

1. При расчёте неэффективных затрат на федеральном уровне в рамках методики, закреплённой Указом № 825, первые позиции «эффективности» занимают субъекты РФ, имеющие низкий на общероссийском фоне уровень развития сети учреждений здравоохранения.

2. При расчёте неэффективных затрат на региональном уровне в рамках методики, закреплённой Указом № 607, первые позиции «эффективности» занимают муниципальные образования, имеющие низкий на общерегиональном фоне уровень развития сети учреждений здравоохранения.

3. Расчет неэффективных затрат по Указу № 607 не учитывает использование муниципальными образованиями госпитальной базы государственных учреждений здравоохранения, что искажает оценку неэффективных расходов в муниципальных образованиях.

4. Нет «привязки» затрат к социально-экономическому результату деятельности здравоохранения. Поэтому значительные масштабы неэффективных расходов, рассчитанные в системе здравоохранения отдельной территории (или муниципального образования), не могут свидетельствовать о неэффективности системы здравоохранения в целом.

Мы считаем, что данную методику следует применять, но как дополнительную, конкретизирующую ориентиры развития ресурсной базы здравоохранения, что является необходимым в рамках общегосударственной политики оптимизации медицинской помощи и повышения эффективности функционирования отрасли⁴.

Вместе с тем ориентированность здравоохранения на потребности человека, его неоспоримая общественная значимость требуют признания приоритетности социальной составляющей в оценке эффективности функционирования отрасли. С этой точки зрения все вышеперечисленные методы можно оценить как ресурсно-ориентированные, не несущие социального подтекста в анализе, не позволяющие оценить работу служб по охране и укреплению общественного здоровья в терминах достижения социального эффекта. Для целей стратегического управления региональным и муниципальным здравоохранением требуется такой подход, который охватывал бы не только внутриотраслевую эффективность, но и эффективность здравоохранения на макроуровне.

В зарубежной и отечественной литературе в качестве оценочного критерия результативности в рамках экономического анализа деятельности здравоохранения принято несколько базовых подходов: оценка потерь на основе данных о смертности (уровень социальных потерь вследствие преждевременной смертности населения от болезней), оценка потерь по данным о заболеваемости и утрате нетрудоспособности, проведённая на базе оценки пространственного распределения населения по уровню здоровья (табл. 6).

⁴ В системе показателей обсуждаемой методики присутствуют и такие, как удовлетворённость населения медицинской помощью и уровень смертности населения, однако они рассматриваются отдельно от показателей деятельности здравоохранения, в результате чего отчётные документы о результатах расчётов фактически представляют собой справочную информацию и, строго говоря, не содержат собственно оценок эффективности.

Таблица 6. **Методологические подходы к оценке социально-экономических потерь региона**

Первичные показатели	Производные (расчётные) показатели	Интегральные показатели, характеризующие социально-экономические аспекты здоровья
Смертность (частота, временные и пространственные распределения)	Предстоящая продолжительность жизни в отдельных возрастах	Потерянные годы потенциальной жизни за счёт преждевременной смертности от конкретных причин
Заболееваемость с кратковременной и длительной утратой трудоспособности	Продолжительность жизни без инвалидности	Потерянные годы активной жизни за счёт болезней и инвалидности
Оценки функционального состояния и резервов адаптации	Распределение населения по критериям физического, психического и социального благополучия	Продолжительность жизни, скорректированная по качеству

Наиболее приемлемым в русле стратегического планирования и управления региональной системой здравоохранения представляется подход, основанный на оценке потерь на базе показателя преждевременной смертности населения, поскольку имеет ряд сравнительных преимуществ.

Во-первых, показатель «потерянные годы потенциальной жизни» (ПГПЖ, YPLL или PYLL) точно отражает степень развития системы охраны здоровья населения, т.к. одной из её первоочередных задач выступает именно предотвращение смертности населения в тех возрастах, в которых она является неестественной.

Во-вторых, существенным преимуществом показателя ПГПЖ является то, что его значение можно конвертировать в стоимостную форму и выразить в терминах недопроизведённого регионального дохода.

В-третьих, статистическая информация о смертности населения удовлетворяет двум ключевым критериям: объективности (данные о смертности населения наименее подвержены влиянию таких субъективных факторов, как неточность учёта, недостатки механизма сбора данных) и доступности (практически

во всех субъектах РФ имеются обширные базы данных о смертности населения, содержащие информацию о демографических потерях в разрезе целого ряда существенных признаков: медицинских, половозрастных, территориальных и пр.).

Это позволяет использовать показатели потенциальной демографии в управлении региональной системой здравоохранения. Для оценки экономического ущерба от ранней смертности населения необходимо выбрать инструменты расчёта масштабов преждевременной смертности и выражения их в экономических терминах.

Болезни, не заканчивающиеся летальным исходом, тоже приносят ущерб региональной экономике, однако в данной работе их вклад не учитывается по ряду причин. Во-первых, стоимостная оценка экономического ущерба от заболеваемости и в целом потери здоровья населения региона затруднена в силу ограниченности и неразвитости статистической отчётности. Во-вторых, масштабы экономических потерь от болезней существенно ниже, чем от преждевременной смертности, а поскольку важнейшей задачей оценки экономического ущерба региона в настоящем исследовании была качественная составляющая (оценка пропорционального вклада отдельных причин смерти в её общую структуру), а не точная количественная оценка его размеров, было решено ограничиться использованием показателей смертности с соответствующими оговорками (то есть при учёте потерь экономики от потерь здоровья граждан ущерб был бы ещё больше).

Показатель «потерянные годы потенциальной жизни» даёт возможность рассчитать количество лет, которые человек мог бы прожить, если бы не ушёл из жизни раньше наступления старости или определённого методически установленного временного «порога» [7; 9; 13; 17; 24; 38; 82; 87]. Именно его целесообразно использовать для оценки экономических потерь и для

целей планирования в здравоохранительной политике в силу его высокой функциональности. Показатель ПППЖ рассчитывается по следующей формуле:

$$YPLL = \sum_i d_i \times a_i,$$

где d_i – число случаев смерти в i -й возрастной группе; a_i – количество недожитых лет; $a_i = T - x_i$, где T – базовое значение продолжительности жизни – возраст, все смерти ранее достижения которого считаются преждевременными; x_i – середина i -го возрастного интервала.

При этом в качестве стандартного жизненного интервала «Т» предлагается применять рекомендованное экспертами ВОЗ значение, равное 65, а отсчёт потерянных лет жизни вести от самого рождения.

Теоретически в качестве верхнего порога дожития может быть принят любой возраст – 65, 70 или 75 лет, что будет зависеть от места и целей исследования. Однако если принимать в качестве верхнего порога дожития уровень ОПЖ за год, в котором проводятся измерения, это затрудняет межрегиональные и временные сопоставления, поэтому ВОЗ был принят норматив продолжительности жизни, равный 65 годам (при расчётах – 64 года включительно).

Вообще при расчётах экономического ущерба логично было бы, на наш взгляд, использовать данные о смертности населения, находящегося в трудоспособном возрасте, когда человек вносит наибольший вклад в рост ВРП (в России – с 16 лет до 60 лет для мужчин и до 55 лет – для женщин), но верно и то, что, во-первых, несправедливо упускать из виду детскую смертность, а во-вторых, смерть не ограничивается упущенной выгодой лишь года фактического ухода из жизни, потому что последующие потенциальные годы, когда человек мог бы участвовать в экономической деятельности, при этом также безвозвратно потеряны. В качестве меры стоимостного выражения экономических потерь чаще всего используется либо величина

среднегодовой заработной платы, либо подушевой размер ВРП в расчёте на численность населения, занятого в экономике в данном году. В контексте нашего исследования последний подход более целесообразен, поскольку позволяет определить размер экономического ущерба, или *упущенной выгоды*, понесенной регионом вследствие смертности населения. На основе данных о преждевременной смертности производится расчёт стоимости потерянных лет потенциальной жизни в результате преждевременной смертности населения в данном году. Для этого используется следующая формула:

$$C_{YPLL} = YPLL \times C,$$

где C_{YPLL} – стоимость потерянных лет потенциальной жизни в результате смертности населения в году z ; $YPLL$ – количество человеко-лет, потерянных вследствие преждевременной смертности населения; C – стоимость одного года статистической жизни [38].

Описанный инструментарий был использован в исследовании для оценки масштабов преждевременной смертности и экономического ущерба Вологодской области, вызванного ранней смертностью населения.

Таким образом, в данной главе рассмотрены основные теоретические подходы к исследованию здравоохранения, в результате чего сделан вывод о необходимости широкого понимания категории «здравоохранение» при анализе социально-экономических процессов на макро- и мезоуровнях и важности системного, комплексного подхода к разработке практических мер по сохранению здоровья граждан как важной составляющей человеческого потенциала региона. В результате здравоохранение рассматривается как крупная подсистема региональной системы хозяйствования. Кроме того, в данной главе представлен методический инструментарий экономического анализа системы здравоохранения, позволяющий объективно оценить её эффективность и результаты деятельности для экономики региона.

ГЛАВА 2

АНАЛИЗ ОРГАНИЗАЦИОННО-ЭКОНОМИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ УПРАВЛЕНИЯ СИСТЕМОЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ВОЛОГОДСКОЙ ОБЛАСТИ

2.1. Структурная организация системы здравоохранения

Проблемы структурной организации здравоохранения, сложившиеся в регионе, в целом типичны для других регионов РФ, однако в Вологодской области они проявляются особенно ярко и во многом обусловлены институциональными особенностями созданной во второй половине 1960-х гг. системы материальных фондов с ориентацией на стационарное звено. Данная ситуация характеризуется негативными явлениями: предложение дорогостоящей и малоэффективной в сложившихся условиях финансирования медицинской помощи препятствует внедрению первичной медицинской помощи с её ранней диагностикой, всеобщим охватом и большей медико-экономической эффективностью.

Базовые показатели здравоохранения РФ (количество больниц, коек круглосуточного пребывания, койко-дней в относительном выражении, длительность госпитализации) значительно выше, чем в развитых странах. Однако если по уровню общей госпитализации Россия близка к развитым европейским странам (таким, как Германия и Норвегия), то продолжительность лечения в стационарных условиях, превышающая таковую как в развитых странах, так и в трансформационных

экономиках, свидетельствует скорее о низкой эффективности медицинской помощи, чем о более широком предоставлении её гражданам (табл. 7).

Таблица 7. Показатели стационарной помощи в ряде стран мира

Регион	Число поступивших в стационары на 100 человек населения			Средняя продолжительность пребывания в стационаре (все виды стационаров), дн.		
	2000 г.	2005 г.	2007 г.	2000 г.	2005 г.	2007 г.
Швеция	15,87	15,60	15,63	6,8	6,3	6,2
Норвегия	16,77	19,46	18,82	7,8	7,6	7,0
Германия	23,50	22,60	22,64 (2006 г.)	11,4	10,2	10,1 (2006 г.)
Беларусь	29,26	28,10	28,52	13,9	11,8	11,4
Украина	19,41	21,61	21,94 (2006 г.)	14,9	13,5	13,3 (2006 г.)
РФ	21,95	22,20	23,67 (2006 г.)	15,5	13,8	13,6 (2006 г.)
Вологодская область	24,40	25,80	22,20 (2009 г.)	15,0	14,0	13,2 (2009 г.)
ЕС	18,93	20,81	20,52	9,6	8,03	7,6
СНГ	19,01	19,82	20,78	14,8	13,0	12,6

На территории Вологодской области действует сеть медицинских учреждений, состоящая из 83 больниц, 42 амбулаторий, 586 фельдшерско-акушерских пунктов (ФАП) и т.д. За период с 2000 по 2008 г. только районные больницы сохранили первоначальный состав; количество амбулаторий несколько возросло; другие учреждения сокращались, причём наибольший ущерб понесла система ФАПов, оказывающих первоначальную медицинскую помощь в отдалённых от районных центров населённых пунктах (табл. 8). К 2009 г. был закрыт 81 ФАП, что составляет 15% от их количества в 2000 г. Уровень кадрового и технического оснащения районных и участковых больниц остаётся низким, а неудовлетворительные санитарно-технические характеристики ФАПов обуславливают их дальнейшее сокращение.

Перспективной возможностью обеспечения жителей села необходимой медицинской помощью в условиях реструктуризации сети медицинских учреждений представляется расширение роли врача общей практики, организация выездных бригад, однако имеющегося кадрового состава специалистов по семейной медицине недостаточно для этих целей.

Таблица 8. **Количество лечебно-профилактических учреждений в Вологодской области**

Медицинские учреждения	2000 г.	2004 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	Изменение
Диспансеры	14	14	14	14	13	12	▼
Центральные районные больницы	25	25	25	25	25	25	○
Районные больницы	12	12	12	12	12	12	○
Участковые больницы	49	45	45	44	44	42	▼
Больницы сестринского ухода	12	10	10	10	10	4	▼
Амбулатории	39	43	39	39	41	42	▼
Фельдшерско-акушерские пункты	691	680	663	633	609	586	▼▼▼
Условные обозначения: ○ – показатель не изменился; ▼ – показатель снизился; ▼▼▼ – показатель снизился существенно.							

В 2000-е гг. в Вологодской области, как и в большинстве регионов РФ, наблюдалось сокращение амбулаторно-поликлинических учреждений, составившее за период с 2000 по 2008 г. 12%. Параллельно с этим в регионе устойчиво увеличивалась нагрузка амбулаторно-поликлинических учреждений (аналогичные тенденции имели место и в других субъектах федерации): количество посещений амбулаторных учреждений в расчёте на численность населения возросло за рассматриваемый период на 12% (табл. 9).

Таблица 9. **Мощность амбулаторно-поликлинических учреждений на 10 тыс. населения в РФ и регионах СЗФО, число посещений в смену [41]**

Территория	2000 г.	2005 г.	2008 г.	2009 г.
Российская Федерация	243,2	256,9	257,3	257,7
СЗФО	277,6	295,5	297,7	301,9
Республика Карелия	206,5	235,6	235	234,2
Республика Коми	283,7	335,7	348,2	350,2
Архангельская обл.	280,9	335,6	344,4	349,6
Вологодская область	250,2	276,6	280,0	279,7
Калининградская обл.	210,2	216,4	213,2	215,6
Ленинградская обл.	258,6	251,8	252,6	255,4
Мурманская область	222,6	259,4	259,2	279,2
Новгородская область	265,6	290,8	325	305,7
Псковская область	228,5	240,4	232,9	248,2
г. Санкт-Петербург	337,1	337,8	334,8	340,6

Из стационарозамещающих технологий на территории РФ и Вологодской области наиболее распространены дневные стационары при амбулаторно-поликлинических учреждениях, а стационары на дому практически не используются.

Процесс широкого внедрения стационарозамещающих технологий в здравоохранение Вологодской области начался в 2002 г., когда койки дневного пребывания были организованы в пяти районах и двух городах – Вологде и Череповце. Однако уже в 2005 г. центральные районные больницы всех без исключения муниципальных районов области обладали дневными стационарными мощностями. Развитие дневных стационаров в целом по области стало характеризоваться устойчивой положительной динамикой при одновременном сокращении коечных фондов круглосуточных стационаров с 2004 г., когда была начата политика структурной реорганизации регионального здравоохранения в рамках пилотного проекта, в соответствии с требованиями которого уровень обеспеченности населения материальными и трудовыми ресурсами здравоохранения необходимо привести к общефедеральным нормативам. За период с 2000 по 2010 г. количество коек дневных стационаров области возросло в семь раз.

Наибольшая доля медицинской помощи, предоставляемой в дневных стационарах Вологодской области, финансируется за счёт средств страховых фондов, вследствие чего процесс развития затрагивает в наибольшей степени те ДС, которые функционируют в рамках системы ОМС.

Состав пациентов по классам заболеваний в дневных стационарах Вологодской области, работающих при амбулаторно-поликлинических учреждениях (АПУ), складывается с преобладанием кардиологического (40% случаев лечения) и ортопедического (23%) направлений. В немногочисленных ДС при больничных учреждениях также доминируют пациенты с заболеваниями системы кровообращения (40%), заболеваниями опорно-двигательного аппарата (23%) (табл. 10).

Таблица 10. **Состав пациентов по классам заболеваний в дневных стационарах Вологодской области в 2009 г. (18 лет и старше) [34]**

Дневные стационары					
При больничных учреждениях	Выписано больных	%	При амбулаторно-поликлинических учреждениях	Выписано больных	%
Всего	5965	100	Всего	54 741	100
Болезни системы кровообращения	1401	23,5	Болезни системы кровообращения	21 879	40,0
Болезни костно-мышечной системы	1043	17,6	Болезни костно-мышечной системы	12471	22,8
Новообразования	854	14,3	Беременность, роды и послеродовой период	6606	12,1
Психические расстройства и расстройства поведения	671	11,2	Болезни мочеполовой системы	3228	5,4
Инфекционные и паразитарные болезни	463	7,7	Психические расстройства и расстройства поведения	2042	3,7
Другие	1533	25,7	Другие	8515	16

В Вологодской области функционирует два центра амбулаторной хирургии, где в 2006 г. было проведено 116 оперативных вмешательств. В этом отношении область уступает ряду других субъектов РФ в рамках СЗФО, где количество подобных высокотехнологичных операций существенно выше (табл. 11).

Таблица 11. **Информация о развитии СЗТ в регионах СЗФО (на основе данных 2006 г.) [39]**

Субъект РФ	Развитие стационарозамещающих технологий в амбулаторно-поликлинической службе и ОВП			Число действующих центров	Число оперативных вмешательств, выполненных во всех центрах амбулаторной хирургии
	Дневной стационар	Городской реабилитационный центр	Стационар на дому		
Республика Карелия	+	+	+	1	51
Республика Коми	+	+	+	-	н. д.
Архангельская область	+	-	+	8	3928
Вологодская область	+	+	-	2	116
Калининградская область	+	+	+	1	1332
Ленинградская область	+	-	+	-	н. д.
Мурманская область	+	+	+	1	1076
Новгородская область	+	+	-	-	н. д.
Псковская область	+	+	+	-	н. д.

Так, в Кемеровской области, субъекте РФ, отличающемся высоким уровнем организации здравоохранения, при численности населения около 2 826 000 человек действуют 116 реабилитационных центров, а количество оперативных вмешательств, выполненных во всех центрах амбулаторной хирургии за 2006 г., составило 15 142.

За период с 2000 по 2009 г. наблюдалось снижение показателя обеспеченности койками круглосуточного пребывания жителей РФ, регионов СЗФО и Вологодской области, составившее соответственно 16, 13 и 18% [41]. Однако если процесс сокращения ёмкости больниц, наблюдавшийся до 2000 г., объясняется экономическими проблемами здравоохранения, в частности хронической нехваткой средств (особенно в первой половине 1990-х гг.), то происходящее с 2004 г. сокращение коек в больницах обусловлено целенаправленной реструктуризацией здравоохранения, поскольку созданный в России во второй половине XX в. стационарный сектор признан избыточным.

Вологодская область, в течение длительного времени демонстрировавшая высокий на общероссийском фоне уровень обеспеченности населения больничными койками, к 2009 г. вышла на общефедеральные показатели, заняв 46 место среди всех субъектов федерации (табл. 12).

Данные тенденции сложно однозначно оценить: с одной стороны, необходимость реструктуризации здравоохранения объективно существует, с другой стороны, её реализация сопровождается повышением социальной напряжённости. В связи с тем что базовые гарантии государства в предоставлении гражданам бесплатной медицинской помощи не выполнялись даже в условиях гипертрофированного стационарного звена, его сокращение лишь углубило проблему, поскольку эффективных компенсаторных мер на региональном уровне не было принято, а качественные характеристики медицинской помощи и её модернизация не были осуществлены.

Таблица 12. **Обеспеченность больничными койками**, человек на 10 000 населения

Территория	2000 г.	2005 г.	2008 г.	2009 г.
Российская Федерация	115,0	111,3	98,6	96,8
СЗФО	110,4	108,6	97,7	97,2
Республика Карелия	115,9	117,1	104,5	101,2
Республика Коми	111	112,8	111	111
Архангельская область	116,9	121,6	105,5	102,4
Вологодская область	116,7	116,8	108,1	96,8
Калининградская область	114,3	104,6	81,7	79,9
Ленинградская область	99,2	91	78,6	78,1
Мурманская область	107,7	112,5	105,8	127,4
Новгородская область	134	128,3	100,7	98,7
Псковская область	124,6	132,5	104,6	100,7
г. Санкт-Петербург	103,2	100,4	96,2	96,4

Признавая необходимость реструктуризации регионального здравоохранения, подчеркнём опасность применения для этой цели подходов программно-целевого планирования вне контекста общей здравоохранительной политики и необходимость принятия продуманных решений по сохранению доступности медицинской помощи для населения, в частности более широкому использованию стационарозамещающих технологий и улучшению материально-технического оснащения медицинских учреждений.

Созданная в регионе сеть медицинских учреждений, механизмы её финансирования во многом ориентированы на самоподдержание, а не на удовлетворение реальных потребностей населения. Согласно закону, сформулированному в 1970-е гг. профессором Калифорнийского университета США М. Рёмером, «созданная больничная койка не останется незанятой», то есть расширение коечного фонда приводит к росту масштабов госпитализации, так как возникнет необходимость заполнить созданные койки [69]. Статистический анализ позволил установить, что данная закономерность имеет место и в системе здравоохранения Вологодской области: обнаруживается тесная вза-

имосвязь между размерами коечного фонда муниципальных образований региона и зафиксированными в них масштабами госпитализации ($R = 0,820$), а также между размерами коечного фонда и уровнем предложения стационарной помощи, выраженного в относительном количестве койко-дней ($R = 0,945$) (рис. 12).

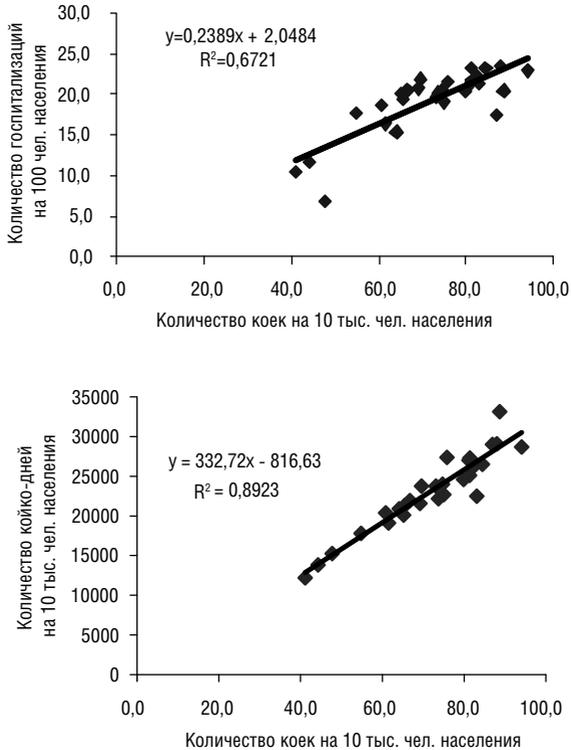


Рис. 12. Взаимосвязь между обеспеченностью населения койками круглосуточного пребывания и масштабами стационарной помощи в муниципальных образованиях Вологодской области

Таким образом, различия в масштабах оказания стационарной медицинской помощи населению в муниципальных районах Вологодской области обусловлены различиями в уровне

предложения данного вида помощи, широтой функционирующих в районе коечных фондов, а не реальным уровнем потребностей в медицинских услугах и состоянием здоровья населения территорий⁵.

Сети лечебно-профилактических учреждений расположены на территории области некомпактно, сосредоточены в районных центрах (Великий Устюг, Череповец, Тотьма) в виде крупных узлов центральных районных больниц (ЦРБ) с масштабными коечными фондами, что, с одной стороны, приводит к увеличению коммунальных, капитальных и хозяйственных расходов, но, с другой стороны, является объективным требованием рационального распределения ресурсов.

Системный подход к пространственной организации сети медицинских учреждений на территории региона заключается в необходимости решения дилеммы «центр – периферия», то есть поиска разумного компромисса между действиями по централизации (переход к одноканальному финансированию, создание межрайонных центров) и децентрализации (реструктуризация сети медицинских учреждений, сокращение крупных коечных фондов в узловых территориальных центрах региона, приоритет служб первичной медицинской помощи и профилактических медицинских центров) здравоохранения. Это вступает в противоречие с принципом социальной справедливости, согласно которому все слои населения имеют право на равный доступ к услугам здравоохранения с учётом повышенной потребности отдельных наиболее уязвимых категорий граждан (дети, инвалиды, пожилые люди).

⁵ Оценка спроса на медицинские услуги в масштабах региона подразумевает не столько анализ потребностей жителей на основе социологических данных, для которых характерны такие недостатки, как непостоянство во времени и зависимость от субъективных факторов (качество опросов), сколько учёт объективных характеристик населения, его половозрастной структуры, базового уровня заболеваемости, экологического благополучия и пр. Наиболее достоверной оценке при этом поддаётся половозрастной состав населения территории, поскольку удовлетворяет важным критериям – действительности, доступности, невозможности манипуляций данными [14; 36; 57; 63].

Вследствие неоднородности обеспечения территорий объектами социальной инфраструктуры и, что более важно, отсутствия связи между спросом и предложением медицинских услуг возникает территориальное неравенство населения в возможностях получения необходимой медицинской помощи. Вместе с тем проживание людей в отдаленных от крупных городов населенных пунктах не может рассматриваться в качестве реального препятствия для эффективного обеспечения их медицинскими услугами. В развитых странах эта проблема успешно разрешается за счет организации выездных практик медицинского обслуживания. В России она не теряет своей остроты и нуждается в разрешении. Так, максимальный радиус обслуживания ЦРБ населения муниципальных образований Вологодской области варьируется от 52 км в Сямженском и Шекснинском районах до 154 км в Грязовецком и 115 км в Бабаевском и Белозерском районах, что в условиях неразвитости дорожно-транспортного сообщения в сельской местности становится препятствием для обеспечения деятельности мобильных медицинских служб (рис. 13).

Территориальная удаленность населенных пунктов наряду со всеми затрудняющими передвижение факторами и, как следствие, невозможность посещать врача обуславливает высокий уровень спроса на скорую медицинскую помощь (СМП) среди жителей села. Согласно данным социологических опросов, 15% опрошенных в перечне вариантов ответов на вопрос относительно того, в какое учреждение они обращаются за медицинской помощью, выбрали вариант «Вызываю скорую помощь». Это говорит о той специфике, которую приобрела данная служба в России (доставка врача или фельдшера к месту

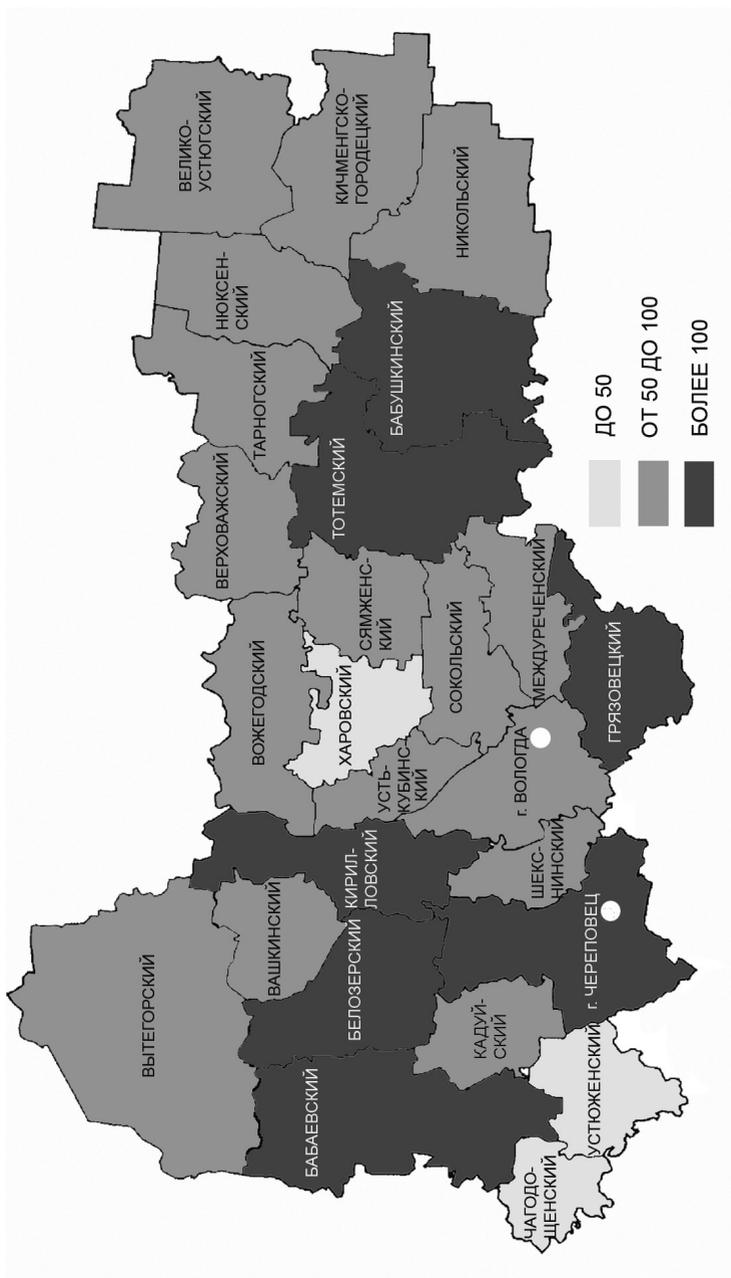


Рис. 13. Максимальный радиус обслуживания ЦРБ населения районов Вологодской области, км

жительств заболевшего)⁶. Если в начале 2000-х гг. число выполненных вызовов скорой помощи в среднем по Вологодской области составляло 340 в расчете на 1000 чел. населения, то к концу десятилетия данный показатель увеличился до 375. К вызову бригад СМП чаще всего прибегают жители Харовского (588 вызовов на 1000 жителей в 2009 г.), Кадуйского (586), Никольского (520) районов.

Наибольшие проблемы в доступности медицинской помощи для жителей имеют муниципальные образования с наибольшей степенью территориального рассеяния населения и удаленности населенных пунктов от районных центров и ЦРБ. Это Бабаевский, Белозерский, Бабушкинский районы.

В целом низкая оснащенность ФАПов квалифицированными кадрами, медикаментами, оборудованием, сложность их лицензирования в отсутствие систем водоснабжения и водоотведения, практика сокращения и перепрофилирования участковых больниц в сельские амбулатории приводят к тому, что жители отдаленных сельских поселений становятся дискриминируемой в отношении оказания медицинской помощи социальной группой.

Ориентация на профилактику и раннюю диагностику заболеваний, заявленная в качестве приоритетного направления развития здравоохранения, на практике реализуется недостаточно, причем это касается не только сельского, но и городского населения, не испытывающего транспортных проблем в посещении

⁶ Опрос ежегодно (с 1999 г.) проводится ИСЭРТ РАН в апреле – мае на территориях г. Вологды, Череповца и в Бабаевском, Великоустюгском, Вожегодском, Грязовецком, Кирилловском, Никольском, Тарногском, Шекснинском районах. Объем выборки – 1500 респондентов. Выборка целенаправленная, квотная. Репрезентативность выборки обеспечена соблюдением следующих условий: пропорций между городским и сельским населением, пропорций между жителями населенных пунктов различных типов (сельские поселения, малые и средние города), пропорций половозрастной структуры взрослого населения области. Ошибка выборки не превышает 3%. Техническая обработка информации произведена в программах SPSS и Excel.

медицинских учреждений⁷. Например, возможность посещать терапевта или ВОП с целью профилактики (доля посещений врачей с профилактической целью к 2012 г. должна достичь 40%)⁸ затруднена в связи с проблемами, описанными выше, и прежде всего проблемой очередей на приём к специалисту и невозможностью попасть на прием к врачу в удобное время (табл. 13).

Таблица 13. **Негативные явления в деятельности медицинских учреждений Вологодской области** (% от числа граждан, обратившихся в лечебно-профилактические учреждения и часто сталкивавшихся с негативными явлениями в них)

Явление	2002 – 2006 гг.	2007 г.	2008 г.
Очереди	61,2	60,4	58,1
Невозможность попасть на прием в удобное время	47,0	48,9	42,9
Отсутствие нужных специалистов	-	28,1	24,9
Плохая организация работы регистратур	22,2	21,7	18,5
Невнимательное отношение медработников	-	20,0	18,0
Недостаток информации о работе специалистов	21,0	17,5	14,7
Опоздания, нерегламентированные перерывы в работе медработников	18,3	17,1	11,9
Необходимость оплачивать медицинские услуги, которые должны предоставляться бесплатно	16,9	13,5	9,9
Хамство, неуважительное отношение к пациентам	15,2	12,8	11,5
Источник: Данные мониторинга состояния физического здоровья населения Вологодской области / ИСЭРТ РАН.			

Прежде всего, это обусловлено недостатком врачебных кадров (укомплектованность штатных врачебных должностей физическими лицами в 2009 г. составила 54%, причем в г. Вологде – 51%, в г. Череповце – 56%, в областных ЛПУ – 51%, в районных – 57%)⁹.

⁷ В документе «Основные направления деятельности Правительства Российской Федерации на период до 2012 года», утвержденном распоряжением Правительства Российской Федерации от 17.11.2008 № 1663-р, в разделе «Здоровье человека, улучшение демографической и экологической ситуации» написано следующее: «Предстоит обеспечить широкий охват населения диспансеризацией и мероприятиями по профилактике социально значимых заболеваний. Необходимо повысить доступность медицинской помощи для работающего населения, модернизировать медицинские профилактические программы».

⁸ Основные направления деятельности Правительства Российской Федерации на период до 2012 года.

⁹ Основные показатели деятельности учреждений здравоохранения Вологодской области за 2009 год. – Вологда: Департамент здравоохранения Вологодской области, 2010. – 110 с.

Для эффективного функционирования системы здравоохранения предусматривается наличие хорошо подготовленных медицинских работников, обеспечивающих охрану здоровья населения, профилактику и лечение заболеваний, реабилитацию больных на высоком профессиональном уровне, с соблюдением этических норм и при максимальном снижении финансовых затрат. Определение потребности в профессиональных кадрах различного профиля является важным аспектом планирования здравоохранения и важнейшим фактором оценки не только состояния здоровья населения, но и необходимых затрат на здравоохранение. Ситуацию с кадровым обеспечением здравоохранения Вологодской области сложно оценить однозначно. С одной стороны, о недостатке врачей убедительно свидетельствуют данные статистики: уровень обеспеченности населения врачами в регионе заметно ниже, чем в других регионах СЗФО (в 2009 г. Вологодская область вместе с Калининградской и Псковской областями продемонстрировала самые низкие в СЗФО показатели обеспеченности населения врачами) и в среднем по РФ (табл. 14).

Таблица 14. **Обеспеченность населения врачами**, чел. на 10000 населения

Территория	Год			
	2000	2005	2008	2009
Российская Федерация	46,8	48,8	49,6	50,1
СЗФО	50,6	54,6	56,4	57,9
Республика Карелия	46,7	48,9	48,9	49,1
Республика Коми	38,3	44	45,7	46,5
Архангельская область	47,8	52,8	54,2	54,4
Вологодская область	34,1	35,3	36,1	35,5
Калининградская область	36,3	35,5	35,4	34,8
Ленинградская область	30,9	31,4	35,5	36,4
Мурманская область	44,8	48,7	48	54,6
Новгородская область	36,6	39,2	41,9	41,2
Псковская область	34,5	34,5	32,6	33,2
г. Санкт-Петербург	75,9	82,3	84,7	87,4

Причиной дефицита врачей является отсутствие в регионе высших медицинских учебных заведений (поскольку имеется медицинское училище, проблемы с обеспеченностью лечебно-профилактических учреждений средним медицинским персоналом не возникает). С другой стороны, дать объективную оценку состояния кадровых ресурсов здравоохранения затруднительно по причине сложности и многогранности самого вопроса (за средними цифрами скрываются важные качественные характеристики: специализация, профессиональная категория, структура кадрового состава, уровень заработной платы, действия мотивирующих факторов и т.д.).

Однако признавая дефицит врачей, специалисты Департамента здравоохранения Вологодской области говорят о необходимости компенсаторных мер, в частности привлечения специалистов из других регионов, расширения функциональных обязанностей и повышения квалификации среднего медицинского персонала, по обеспеченности которым область занимает пятое место среди областей и республик Северо-Западного макрорегиона, уступая Мурманской и Архангельской областям, республикам Коми и Карелии.

Управление системой здравоохранения Вологодской области должно опираться на особенности общего регионального социально-экономического контекста. Так, наличие вредных производств (металлургия и химическая промышленность), составляющих основу экономики региона, определяет необходимость особенно пристального внимания властей к здоровью граждан и обуславливает необходимость дополнительных управленческих решений по сохранению трудового потенциала. Кроме того, обеспечение внутриотраслевой эффективности здравоохранения требует разработки и реализации мер по структурной реорганизации сети медицинских учреждений на базе принципов модернизации и ориентации на потребности жителей региона.

2.2. Финансирование здравоохранения

Оценка затрат на здравоохранение включает две составляющие – количественную, отражающую масштабы финансирования и их соответствие объективным потребностям отрасли, и качественную, характеризующую, во-первых, структуру финансирования в разрезе основных заболеваний («анализ стоимости болезни») и, во-вторых, эффективность созданных в регионе механизмов пулинга, аккумуляции и распределения финансовых средств между отдельными территориями, поставщиками медицинской помощи и категориями граждан.

Прямые расходы общества, связанные с заболеваемостью населения, в 2009 г. составили более 9 млрд. руб., что в отношении к ВРП данного года составило 4%; в предыдущие годы эти потери имели меньшие масштабы, не превышая 3% от ВРП (табл. 15).

Таблица 15. **Масштабы затрат на здравоохранение в Вологодской области***

Показатель	2004 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.
Прямые затраты, общественные затраты на оказание медицинской помощи, тыс. руб.	4 331 811,9	6 336 882,2	7 264 087,8	9 095 294,2
Прямые затраты, на 1 жителя, руб., в номинальном выражении	2 904	3 953	5 482	7 466,2
Прямые затраты, на 1 жителя, руб., в ценах 2009 г.	5 196,7	5 164,4	6 265,9	7 466,2
ВРП, млн. руб.	161 378,6	243 336,3	298 125,8	212 833,1
Размер прямых затрат в % от ВРП	3	3	2	4,0

* Рассчитано по данным ГУЗ МИАЦ; Росстат http://www.gks.ru/free_doc/new_site/vvp/vrp98-08.xls

В 2009 г. на одного жителя области приходилось в среднем 7,5 тыс. руб. общественных затрат на здравоохранение, что превышает уровень 2000 г. на 40% (рис. 14).

Таким образом, увеличение расходов на нужды здравоохранения за рассматриваемое десятилетие было незначительным, что на фоне сохранения существенного дефицита Программы

госгарантий свидетельствует о неполном соблюдении властями конституционных гарантий по оказанию жителям региона бесплатной и доступной медицинской помощи.

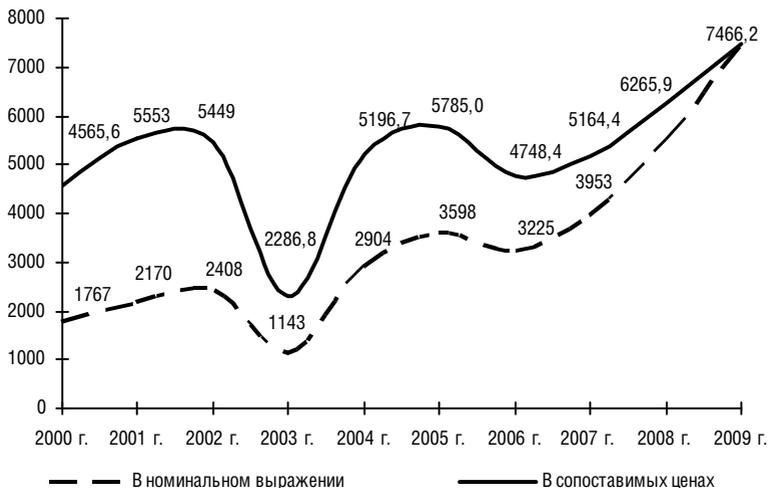


Рис. 14. **Подушевые расходы на здравоохранение в Вологодской области,** руб. на 1 жителя

Источник: рассчитано по данным Департамента здравоохранения Вологодской области.

Анализ динамики подушевых затрат на здравоохранение в разрезе территорий Вологодской области за пять лет (точнее, за период с 2003 по 2009 г.) показал заметные различия в масштабах расходов на здравоохранение отдельных муниципалитетов (табл. 16).

В 2003 г. разница между уровнем расходов в самом «затратном» Череповецком районе и наименее «затратном» Тотемском составила 3,2 раза; в 2008 г. на самой верхней и самой нижней ступенях рангового ряда находились соответственно г. Вологда и Грязовецкий район, разброс между их подушевыми расходами на здравоохранение составлял 2 раза. В 2009 г. разброс между г. Вологодой (12 337 руб. на одного жителя – максимальный показатель подушевых расходов в данном году) и Кадуйским

Таблица 16. Коэффициенты отклонения уровня подушевых затрат на здравоохранение в муниципальных районах и городских округах Вологодской области от среднеобластного показателя

Муниципальный район (городской округ)	2003 г.	2009 г.	Ранг по 2009 г.
г.Вологда	1,022	1,677	1
Междуреченский	1,473	1,266	2
Сямженский	1,199	1,181	3
Вашкинский	0,867	1,168	4
Тарногский	0,951	1,143	5
Верховажский	0,843	1,129	6
Усть-Кубинский	1,274	1,115	7
Кичменгско-Городецкий	0,689	1,084	8
Бабушкинский	0,790	1,055	9
Сокольский	0,794	1,033	10
Великоустюгский	0,946	1,007	11
Харовский	0,910	0,996	12
Чагодощенский	0,918	0,986	13
Кирилловский	1,010	0,971	14
Вожегодский	1,231	0,945	15
Череповецкий	1,566	0,934	16
Нюксенский	0,997	0,924	17
Белозерский	0,850	0,919	18
Устюженский	1,060	0,907	19
Бабаевский	1,232	0,905	20
Тотемский	0,483	0,898	21
Никольский	0,898	0,879	22
Вытегорский	1,111	0,841	23
Шекснинский	0,929	0,827	24
Вологодский	0,807	0,813	25
Кадуйский	0,942	0,812	26
г. Череповец	1,199	0,794	27
Грязовецкий	1,009	0,789	28
Средний по области	1	1	

районом (4407 руб.) составил 2,8 раза. Некоторые муниципальные районы демонстрируют устойчивый уровень затрат на здравоохранение: Междуреченский, Сямженский, Усть-Кубинский (выше среднего), Великоустюгский (средний), Вологодский и Никольский (ниже среднего).

Устойчивый уровень затрат на здравоохранение наблюдается в Междуреченском, Сямженском, Усть-Кубинском (выше среднего), Великоустюгском (средний), Вологодском и Никольском (ниже среднего) районах.

Однако исследование механизмов финансирования должно затрагивать прежде всего его качественные аспекты, анализ трёх ключевых составляющих: структуры расходов (Costs-structure), процесса финансирования (Costs-process), соответствия затраченных средств достигнутым результатам (Costs-outputs). Последняя составляющая анализа является наиболее сложной в методическом и практическом плане (ей посвящён п. 3.2. монографии).

Анализ структуры расходов (Costs-structure). Структура затрат на здравоохранение в разрезе основных видов медицинской помощи складывается с преобладанием расходов на стационарное звено (54%); четверть финансовых средств территориальной Программы госгарантий расходуется на амбулаторно-поликлиническую помощь; на оказание медицинской помощи в условиях дневного стационара тратится только 2% финансовых средств здравоохранения (рис. 15).

Таким образом, несмотря на проведённую реструктуризацию стационарного звена, приоритетной в финансовом обеспечении остаётся медицинская помощь, оказываемая в стационарах круглосуточного пребывания.

Одной из ключевых структурных проблем регионального здравоохранения остаётся её **невалидность** (ориентированность на валовые системные показатели, а не на потребности населения), в качестве важнейших предпосылок которой выступает использование неэффективных механизмов оплаты медицинских услуг, а результатом являются диспропорции в структуре медицинской помощи и неотзывчивость здравоохранения

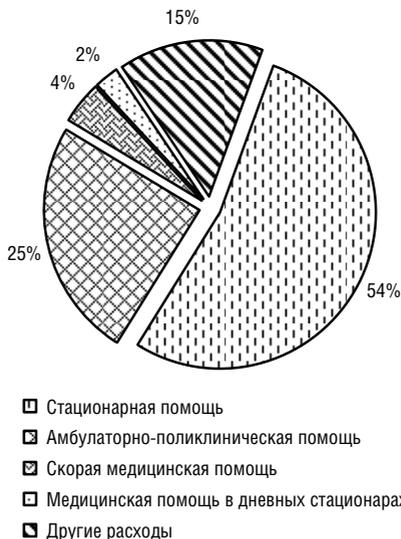


Рис. 15. Структура расходов финансовых средств территориальной Программы госгарантий в 2010 г.

Источник: рассчитано по данным Территориального фонда обязательного медицинского страхования Вологодской области

на потребности населения. Показатель невалидности – устойчивая диспропорция в профиле «охват–стоимость» медицинской помощи, описанная в 1970-х гг. М. Мерсоном как дилемма Ганы [77]. На оплату амбулаторно-поликлинической помощи, оказываемой подавляющей части (97%) пациентов, обращающихся в ЛПУ Вологодской области, направляется четверть всех финансовых средств, тогда как стационарная помощь, охватывающая не более 3 – 5% пациентов, получает около 80% ассигнований (рис. 16).

Анализ расходов в разрезе основных классов болезней показывает, какова реальная «экономическая картина» заболеваемости населения и чем обусловлены основные потребности здравоохранения в ресурсах. Так, в 2009 г. на одного жителя Вологодской области приходилось более 850 руб. общественных затрат на оказание психиатрической медицинской помощи (то есть это

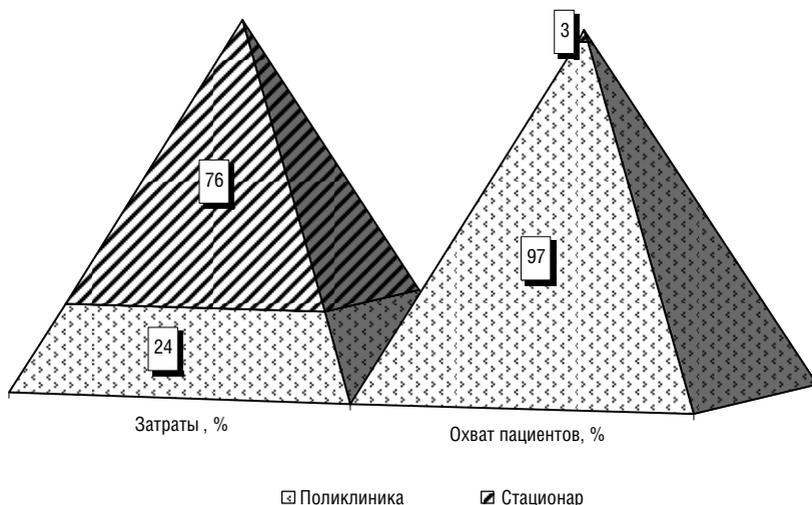


Рис. 16. «Феномен Ганы» Мерсона в здравоохранении Вологодской области

Примечание: рассчитано по данным ГУЗ МИАЦ Вологодской области.

самый затратный класс заболеваний), более 700 руб. – на профилактику и лечение инфекционных заболеваний; затем по мере убывания подушевых расходов следовали затраты на услуги по беременности и родам, на лечение заболеваний органов дыхания, кровообращения, пищеварения (табл. 17). В 2009 г. в расчёте на каждого жителя области приходилось 300 руб. затрат, прямо или косвенно связанных с лечением травм и отравлений, 210 руб. – новообразований и только 90 руб. – дерматологических патологий.

В среднем за семилетний период (с 2003 по 2009 г.) заметно нивелируется разница в показателе расходов между отдельными классами, однако лидирующее положение группы «психические расстройства и расстройства поведения» при этом усреднении сохраняется (табл. 18).

Структура расходов на здравоохранение в разрезе конкретных причин заболеваемости в среднем за шестилетний период (с 2004 по 2009 г.) складывается в следующем соотношении

Таблица 17. **Затраты на здравоохранение в разрезе классов МКБ-10, 2009 г.**

Класс МКБ-10	Численность населения	Итоговые затраты в рублях	Затраты на 1 жителя в рублях
Психические расстройства и расстройства поведения	1 222 900	1 061 760 812	868,23
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	1 222 900	884 492 154	723,27
Беременность, роды и послеродовой период	1 222 900	749 672 149	613,03
Болезни органов дыхания	1 222 900	740 816 933	605,79
Болезни системы кровообращения	1 222 900	738 135 679	603,59
Болезни органов пищеварения	1 222 900	452 703 344	370,19
Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде	1 222 900	391 977 911	320,53
Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	1 222 900	361 826 449	295,88
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	1 222 900	355 699 063	290,87
Факторы, влияющие на состояние здоровья населения	1 222 900	309 874 091	253,39
Новообразования	1 222 900	254 336 837	207,98
Болезни мочеполовой системы	1 222 900	229 094 142	187,34
Болезни нервной системы	1 222 900	216 617 685	177,13
Болезни кожи и подкожной клетчатки	1 222 900	104 626 999	85,56
Болезни глаза и его придаточного аппарата	1 222 900	101 150 548	82,71
Болезни эндокринной системы, расстройства питания, нарушения обмена веществ	1 222 900	85 896 763	70,24
Врожденные аномалии, деформации и хромосомные нарушения	1 222 900	46 713 305	38,2
Симптомы, отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях	1 222 900	44 834 746	36,66
Болезни крови, кроветворных органов, нарушения, вовлекающие иммунный механизм	1 222 900	42 488 813	34,74
Болезни уха и сосцевидного отростка	1 222 900	33 965 225	27,77
Внешние причины заболеваемости и смертности	1 222 900	3 456 446	2,83
Итог/Среднее	1 222 900	7 210 140 094	5 895,93 / 280,76

составляющих: 14% – психические расстройства и расстройства поведения; 11% – болезни системы кровообращения; 10% – болезни органов дыхания; 9% – некоторые инфекционные и паразитарные болезни; 9% – беременность, роды и послеродовой период; 7% – болезни органов пищеварения.

Таблица 18. **Подушевые расходы на оказание медицинской помощи населению Вологодской области по классам МКБ-10** (руб. на 1 жителя, в ценах 2009 г.)

Класс МКБ-10	2004 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	Среднее за пять лет
Психические расстройства и расстройства поведения	1027	174	304	868	872	649
Болезни системы кровообращения	738	494,00	28	604	853,36	543,47
Болезни органов дыхания	293	601	58	606	934,76	498,55
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	316	360	237	723	767,57	480,71
Беременность, роды и послеродовой период	45	445	195	613	773,03	414,21
Болезни органов пищеварения	241	473	52	370	531,6	333,52
Другие	1415	2637	508	2112	2691	1872,60
Источник: рассчитано по данным ГУЗ МИАЦ.						

Однако за эти годы структура прямых затрат несколько изменилась (табл. 19).

Таблица 19. **Затраты на здравоохранение по классам системы МКБ-10, в %**

Класс МКБ-10	Доля в общей структуре смертности, %	
	В 2004 г.	В 2009 г.
Психические расстройства и расстройства поведения	25	12
Болезни системы кровообращения	18	11
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	8	10
Болезни органов дыхания	7	13
Болезни органов пищеварения	6	7
Беременность, роды и послеродовой период	1	10
Другие	35	37

Если в 2004 г. доминирующая причина затрат составляла 25% их общего объема, то в 2009 г. её доля была уже существенно меньшей – 12%,, в то же время на 6% выросли расходы на болезни органов дыхания, на 9% увеличились затраты на оказание акушерской и перинатальной помощи.

Вместе с тем анализ расходов на оказание медицинской помощи в разрезе классов заболеваний и проблем, связанных со здоровьем, позволяет утверждать, что травмы и отравления,

заболевания кожи и новообразования сопряжены не со столь высокими затратами в рамках государственных фондов, какие следовало бы ожидать в связи с высокой смертностью по этим причинам. Так, в 2009 г. в расчёте на каждого жителя области приходилось около 300 руб. затрат, прямо или косвенно связанных с лечением и профилактикой травм и отравлений, 200 руб. – новообразований (рис. 17).

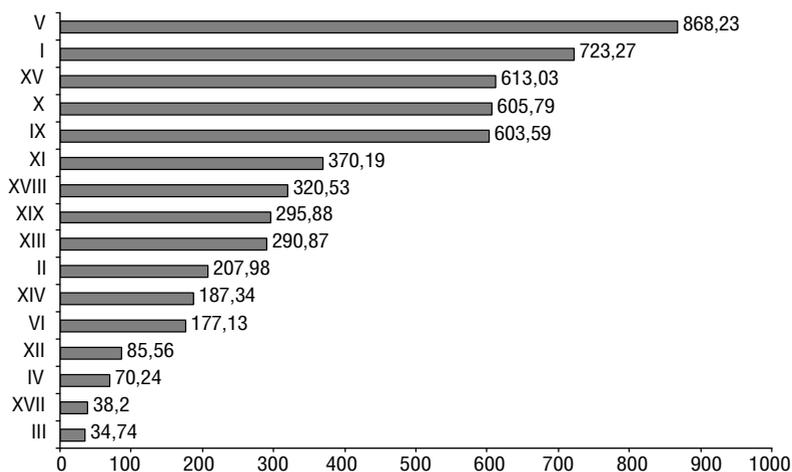


Рис. 17. Затраты на оказание медицинской помощи в подушевом выражении, по классам заболеваний (руб. на 1 жителя, 2009 г.)

Источник: рассчитано по данным Департамента здравоохранения Вологодской области.

Примечание. Нумерация по кодам системы МКБ-10 по убыванию затрат:

V – Психические расстройства и расстройства поведения; I – Некоторые инфекционные и паразитарные болезни; XV – Беременность, роды и послеродовой период; X – Болезни органов дыхания; IX – Болезни системы кровообращения; XI – Болезни органов пищеварения; XVIII – Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде; XIX – Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин; XIII – Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани; II – Новообразования; XIV – Болезни мочеполовой системы; VI – Болезни нервной системы; XII – Болезни кожи и подкожной клетчатки; IV – Болезни эндокринной системы, расстройства питания, нарушения обмена веществ; XVII – Врожденные аномалии, деформации и хромосомные нарушения; XVIII – Симптомы, отклонения от нормы, выявленные при клинич. и лаб. исследованиях; III – Болезни крови, кроветворных органов, нарушения, вовлекающие иммунный механизм.

Ограниченность возможностей для анализа состоит в том, что невозможно качественно разделить фактические затраты

на собственно лечение заболеваний и финансирование превентивных мероприятий, что ограничивает возможности оценки сложившихся пропорций в финансировании.

Процесс финансирования (Costs-process). Анализ процесса финансирования затрагивает такие характеристики, как особенности механизмов финансирования и методов оплаты услуг провайдера, пропорция различных источников поступления средств и т.д. В число главных особенностей финансирования здравоохранения Вологодской области входит его многоканальность: финансовые средства направляются на нужды здравоохранения из ряда источников, среди которых наибольшее значение имеют бюджетная (бюджетные поступления различных уровней) и страховая (средства обязательного медицинского страхования) составляющие, поэтому в целом система финансирования здравоохранения называется бюджетно-страховой. Так, в 2009 г. соотношение долей бюджетной и страховой частей в структуре расходов здравоохранения составляло соответственно 57 и 43% (рис. 18).

Однако данные каналы финансирования не сообщаются друг с другом, в них действуют разные схемы сбора и распределения финансов, что оборачивается низким уровнем прозрачности и эффективности управления расходами.

Увеличение доли средств ОМС в структуре финансирования Программы госгарантий здравоохранения в Вологодской области с 2000 г. приняло устойчивый характер, но целевое значение указанного показателя, предусмотренное в среднем для всех пилотных регионов (60%), пока не достигнуто.

В то же время ряд специалистов по экономике социальной сферы отмечают важность сохранения существенной бюджетной составляющей в структуре общественных расходов здравоохранения в целях реализации базовых социальных гарантий государства перед гражданами, поскольку сложившиеся на

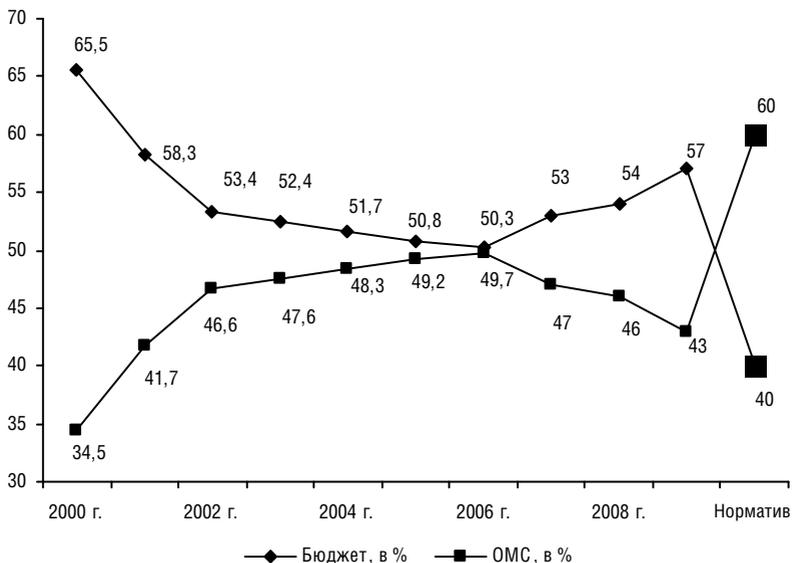


Рис. 18. Динамика соотношения бюджетной и страховой составляющих в финансировании Программы госгарантий здравоохранения Вологодской области, % от общей структуры

сегодняшний день страховые институты функционируют недостаточно эффективно, хотя стратегические цели реформирования здравоохранения ориентированы на построение преимущественно страховой модели.

Другой актуальной проблемой финансирования здравоохранения Вологодской области является высокий уровень коммерциализации медицинских служб. В регионе наблюдается один из самых высоких в СЗФО показатель платных медицинских услуг населению (в 2008 г. на каждого жителя области приходилось по 2409 руб. медицинских расходов, данный показатель был выше только в Санкт-Петербурге, где душевые платные медицинские услуги составили 2988 руб.) (рис. 19).

Дефицит статистической информации о коммерциализации здравоохранения заставляет обратиться к социологическим данным, согласно которым около 70% населения время



Рис. 19. Объем платных услуг населению по РФ и регионам СЗФО в 2008 г., руб. на 1 жителя

от времени платит за лечение из собственных средств, причём 23% населения оплачивает медицинские услуги ежемесячно (табл. 20).

Таблица 20. Удельный вес населения, оплачивающего медицинские услуги, % от числа опрошенных

Варианты ответа	2004 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.
Всего	70,8	77,3	72,9	65,8	74,0	71,7	70,8
Ежемесячно	18,0	22,1	20,2	17,2	20,3	17,1	22,9
Один раз в три месяца	14,7	16,1	17,4	17,1	18,6	20,9	16,5
Один раз в полгода	14,9	18,2	17,3	15,1	19,7	19,2	17,6
Один раз в год	15,0	12,6	16,9	16,4	16,5	14,5	13,8
Реже одного раза в год	8,2	8,3	1,1	–	–	–	–
Не расходовали, потому что не болели	29,2	22,7	27,1	33,3	24,9	27,4	26,9

Источник: ИСЭРТ РАН. Данные мониторинга состояния физического здоровья населения Вологодской области.

Это говорит, во-первых, о малой доступности частных клиник для населения по причине низкого платёжеспособного спроса, а во-вторых, о распространённости взимания платежей в муниципальных учреждениях здравоохранения, хотя они должны оказывать медицинские услуги приписному населению на бесплатной основе.

С 2006 по 2010 г. в Вологодской области отмечается рост доли населения, оплачивающего лечебные процедуры из собственных средств (табл. 21). На необходимость оплаты лекарств в стационаре в 2010 г. указали только 5% респондентов, что меньше, чем предыдущие годы.

Таблица 21. **Распространенность расходов на медицинские услуги,**
% от числа опрошенных

Вид затрат	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.
Приобретение лекарств для амбулаторного лечения	61,1	60,8	63,1	62,3	67,5
Оплата лечебных процедур	10,3	11,2	13,9	11,8	15,1
Разовая оплата всего лечения	12,0	11,3	8,0	7,2	8,5
Приобретение лекарств для лечения в стационаре	11,2	10,4	9,9	8,6	5,0
Оплата операций	3,1	2,5	2,8	0,9	1,5
Уход за больным в палате	2,1	3,8	1,2	0,4	0,6
Нахождение в платном отделении стационара	–	–	1,1	1,0	0,5

Источник: данные мониторинга состояния физического здоровья населения Вологодской области / ИСЭРТ РАН.

В связи с платностью медицинских услуг люди нередко отказываются от их получения (табл. 22). Наиболее частыми являются отказы от стоматологической помощи, протезирования зубов, диагностических обследований, амбулаторного лечения.

Одним из главных недостатков региональной системы здравоохранения является то, что она связана с **территориальным неравенством** граждан в правах на получение бесплатной медицинской помощи. В 2003 г. диапазон значений подушевых общественных расходов на здравоохранение в муниципальных образованиях Вологодской области достигал 3,3 раза, в 2009 г. –

Таблица 22. **Отказ населения Вологодской области от медицинских услуг по причине их платности, в % от числа опрошенных**

Вид медицинской помощи	2004 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.
Лечение и удаление зубов	35,6	41,9	47,4	49,1	30,2	30,2	41,1
Протезирование зубов	25,9	30,8	33,8	35,8	19,2	20,5	23,6
Диагностическое обследование	21,4	26,7	27,2	32,8	17,4	16,5	19,3
Амбулаторное лечение	16,4	20,8	21,8	21,7	13,1	12,7	11,5
Другие виды услуг	24,5	29,5	29,4	20,9	13,3	16,3	44,1

* Сумма отказов превышает 100%, т.к. респонденты могли выбирать более одного варианта ответов.
 Источник: данные мониторинга состояния физического здоровья населения Вологодской области / ИСЭРТ РАН.

2,8 раза. Стоимость медицинской помощи в муниципальных образованиях региона также варьируется в широком интервале. Например, в 2009 г. разница в стоимости одного посещения поликлиники между наибольшим (346 руб.) и наименьшим (147 руб.) в области значениями составила 2,4 раза; разница в стоимости одного дня пребывания в стационаре – 2,3 раза (1980 и 858 руб. на 1 жителя) (рис. 20).

Хотя масштабы оказания медицинской помощи в разрезе районов не отличаются большим разнообразием (в 2007 г. в муниципальных районах и городах на 1 жителя приходилось от шести до девяти посещений врача «первичного контакта» и от трёх до пяти койко-дней стационарного лечения), стоимость медицинской помощи, оказываемой в расположенных на их территории ЛПУ, колеблется в широком интервале значений – от 93 до 291 руб. на одно посещение поликлиники и от 160 до 770 руб. на один день пребывания в стационаре. Это служит иллюстрацией тех перекосов в уровне материальной оснащённости медицинских учреждений, которые сложились в здравоохранении региона и продолжают быть причиной устойчивых различий в финансировании муниципальных образований.

Причинами дифференциации муниципальных районов по уровню затрат на здравоохранение является следующее.

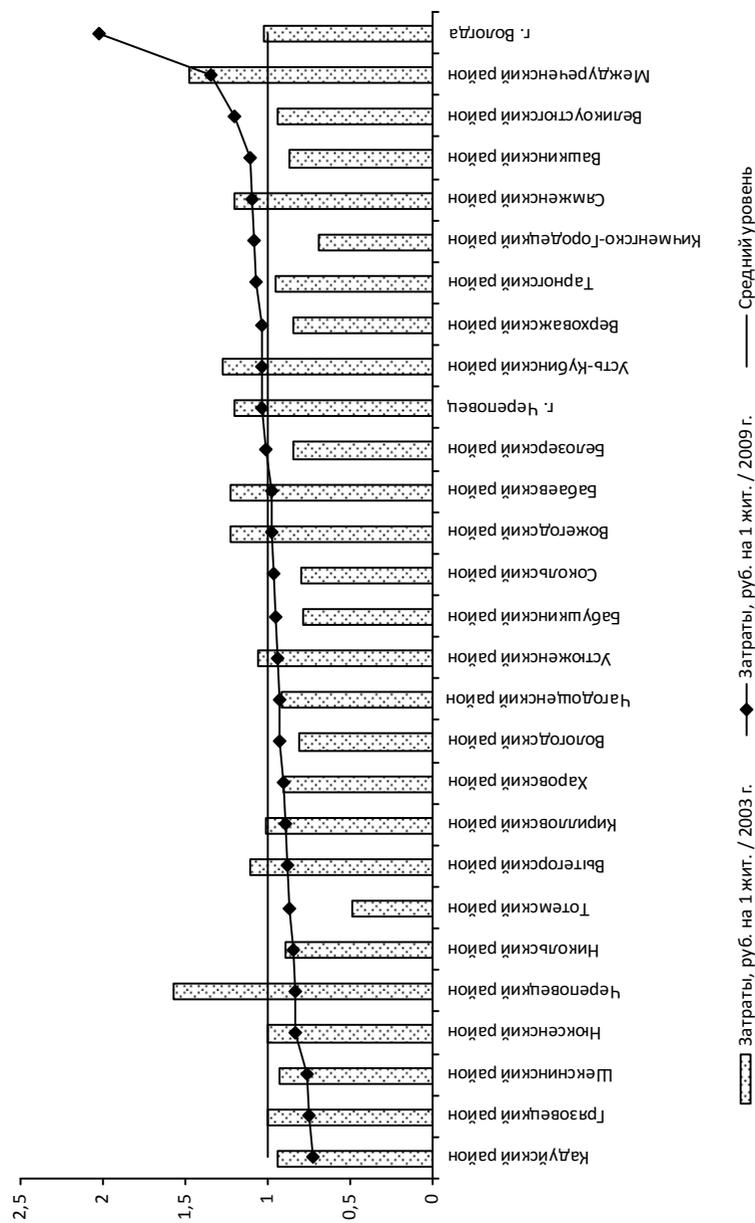


Рис. 20. Затраты на здравоохранение в разрезе муниципальных образований Вологодской области в 2003 и 2009 гг. (коэффициенты отклонения подушевых затрат в муниципальном образовании от среднеобластного показателя подушевых расходов)

1. Имеет место неоднородность материально-технического оснащения ЛПУ (в г. Череповце, Сокольском и Великоустюгском районах, где функционируют массивные сети медицинских учреждений, причём преимущественно стационарного направления, количественные и качественные характеристики материально-технической базы существенно выше, чем в других районах области).

2. Объём бюджетного финансирования муниципалитетов выводится нормативно, исходя из фактически произведённых затрат на здравоохранение в предыдущий период. Поэтому величины поправочных коэффициентов, используемых для оценки расходов по муниципальным образованиям Вологодской области, различаются более чем в два раза – от 0,7 в Вологодском и Грязовецком районах до 1,5 в Устюженском.

При этом уровень фактических затрат зависит по большей части от количественных характеристик действующих в пределах муниципальных районов сетей ЛПУ (в том числе от численности их штатов), а также от таких факторов, как стоимость коммунальных услуг, оснащённость медицинских кабинетов оборудованием, возможности местных бюджетов. В г. Череповце и Сокольском, Великоустюгском, Кичменгско-Городецком районах наблюдаются самые высокие в области показатели расходов на стационарную помощь при сравнительно незначительных затратах на амбулаторно-поликлиническом этапе лечения. В Череповце расположены больницы, в которых проходят лечение и жители Череповецкого района, поэтому значительная часть посещений первичного звена осуществляется в районных поликлиниках (та же ситуация характерная и для г. Вологды и Вологодского района).

3. Коэффициенты половозрастных затрат, используемые Территориальным фондом обязательного медицинского страхования при планировании расходов в рамках территориальной

Программы госгарантий, требуют пересмотра, поскольку не отражают объективной демографической ситуации в регионе в целом и в отдельных муниципальных районах¹⁰.

Широкий диапазон значений затрат на здравоохранение в муниципальных образованиях области позволяет говорить о заметных различиях между ними в финансовом обеспечении здравоохранения и о социальном неравенстве, представляющем нарушение конституционных прав граждан РФ на равноправие в получении бесплатной медицинской помощи в учреждениях здравоохранения. Более того, сложившаяся дифференциация территорий по масштабам финансирования здравоохранения не соответствует реальным различиям между ними в потребностях населения в медицинской помощи.

Для оценки уровня развития финансовых и управленческих механизмов в региональном здравоохранении существует метод построения обобщающей типологии регионов по степени развитости финансовых механизмов в здравоохранении, разработанный экспертами Центрального НИИ организации и информатизации здравоохранения и Независимого института социальной политики. Суть метода состоит в проведении интегральной балльной оценки уровня организации ОМС в региональных системах здравоохранения (оцениваются методы финансирования медицинской помощи, уровень развития системы стандартизации и др.) [39].

Согласно результатам оценки, проведённой специалистами названных институтов в 2004 – 2006 гг., Вологодская область характеризуется уровнем развития механизмов финансирования здравоохранения ниже среднего в сравнительном общероссийском контексте¹¹. Основные проблемы финансирования

¹⁰ Анализ коэффициентов половозрастных затрат на оказание медицинской помощи, используемых Территориальным фондом ОМС, в сравнении с коэффициентами, рассчитанными в ходе исследования, приведён в п. 3.3. настоящей работы.

¹¹ Исследование Центрального НИИ организации и информатизации здравоохранения и Независимого института социальной политики по оценке уровня развития механизмов управления и финансирования здравоохранения в регионах России проводилось в 2004, 2005 и 2006 гг. на основе опросов руководителей органов управления здравоохранением большинства субъектов РФ.

здравоохранения области, по мнению экспертов, – это дефицит Программы госгарантий по оказанию бесплатной медицинской помощи населению и отсутствие развитой системы стандартов оказания медицинской помощи. В то же время отмечаются и такие позитивные моменты, как рост доли страховых средств в общей структуре финансирования здравоохранения, активная деятельность страховых медицинских организаций (а не Территориального фонда ОМС) в качестве страховщиков граждан.

Анализ структуры процесса финансирования системы здравоохранения в регионе позволил заключить, что ограниченный объём её финансовых ресурсов (не более 3% от ВРП) расходуется недостаточно эффективно, с использованием затратных механизмов финансирования и без учёта объективных потребностей населения в медицинской помощи. Это обуславливает необходимость совершенствования механизмов финансирования региональной системы здравоохранения и её реформирования путём внедрения эффективных методов освоения финансовых средств и с большей опорой на ожидания граждан, что, в свою очередь, обеспечит целевое расходование бюджетных и страховых средств (и позволит рассматривать их как собственно инвестиции в человеческий капитал) и посредством более полного удовлетворения потребностей населения региона в медицинских услугах будет способствовать воспроизводству трудового потенциала.

2.3. Оценка экономических потерь региона от недостатков региональной здравоохранительной политики

Поскольку снижение здоровья и смертность населения обусловлены целым рядом факторов, среди которых деятельность медицинских служб занимает, по оценкам Всемирной организации здравоохранения, не более 8 – 10%, оценка негативного влияния недостатков системы здравоохранения на экономическое развитие региона представляет существенные трудности.

Вместе с тем система здравоохранения рассматривается здесь в широком толковании и в контексте общерегиональной экономической политики, в соответствии с чем сохранение и поддержание здоровья населения региона трактуется как межведомственная деятельность, объединяющая усилия не только органов управления здравоохранением и медицинских учреждений, но и прочих отраслей регионального хозяйства, функционирование которых косвенно влияет на формирование и реализацию человеческого потенциала, и в частности потенциала здоровья.

В то же время для оценки эффективности здравоохранения и калькуляции экономического ущерба региона, обусловленного потерей здоровья населения, наиболее приемлем показателем потенциальной демографии «потерянные годы потенциальной жизни». Его преимущества состоят в следующем. Во-первых, в регионах России существует налаженная система государственной статистики смертности, предоставляющая широкие возможности для анализа. Во-вторых, показатель ПГПЖ может конвертироваться в стоимостную форму, что даёт возможность количественно оценить экономические потери региона от смертности. В соответствии с данным подходом нами проведена количественная и качественная оценка экономических потерь (или экономического ущерба, или упущенной выгоды в производстве ВРП) Вологодской области от преждевременной смертности населения с выявлением основных факторов риска. При этом показатель ПГПЖ рассматривается в качестве индикатора неэффективности межотраслевого взаимодействия в вопросах сохранения здоровья населения и в целом недостаточного уровня ведения здравоохранительной политики в регионе, а выражение потерянных лет потенциальной жизни в стоимостных показателях позволяет оценить масштабы ущерба в терминах недопроизведённого ВРП.

Наибольшие людские потери от преждевременной смертности обуславливают травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин, болезни системы кровообращения, болезни органов пищеварения, новообразования и болезни органов дыхания. В 2009 г. они вызвали 18 678 случаев смерти жителей Вологодской области. В пересчёте на потерянные годы жизни (с учётом возраста смерти) потери составляют 118 582 человеко-лет (табл. 23).

Таблица 23. Демографические потери Вологодской области вследствие смертности населения, по классам системы МКБ-10, 2009 г.

Код МКБ-10	Название класса	Количество случаев смерти	Коэффициент смертности, случаев на 100 000 населения	ПГПЖ, человеко-лет всего	ПГПЖ, человеко-лет на 1000 жителей
XIX	Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	2 474	202,3	48 365	39,55
IX	Болезни системы кровообращения	11 663	953,7	35 242	28,82
XI	Болезни органов пищеварения	1 114	91,1	13 870	11,34
II	Новообразования	2 691	220,1	13 277	10,86
X	Болезни органов дыхания	736	60,2	7 828	6,4
XVIII	Симптомы, отклонения от нормы, выявленные при клин. и лаб. исследованиях.	989	80,9	4 274	3,49
I	Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	179	14,6	3 478	2,84
XVIII	Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде	50	4,1	3 069	2,51
VI	Болезни нервной системы	117	9,6	2 216	1,81
XVII	Врожденные аномалии, деформации и хромосомные нарушения	43	3,5	2 202	1,8
IV	Болезни эндокринной системы, расстройства питания, нарушения обмена веществ	113	9,2	662	0,54
XIV	Болезни мочеполовой системы	77	6,3	628	0,51
V	Психические расстройства и расстройства поведения	45	3,7	614	0,5

XII	Болезни кожи и подкожной клетчатки	12	1,0	166	0,14
XIII	Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	15	1,2	176	0,14
III	Болезни крови, кроветворных органов, нарушения, вовлекающие иммунный механизм	9	0,7	71	0,06
XV	Беременность, роды и послеродовой период	1	0,1	25	0,02
	Всего, все причины	20 328	–	136163	111,33
Источник: Данные мониторинга состояния физического здоровья населения Вологодской области / ИСЭРТ РАН.					

Качественная оценка экономического ущерба от преждевременной смертности подразумевает анализ её структуры. Основной причиной преждевременной смертности населения Вологодской области, как и России в целом, остаются травмы и отравления (отметим, что в структуре общей смертности они занимают 3 позицию, определяя 12% всех её случаев): смерть одного из трёх жителей области, умерших до наступления года ожидаемой продолжительности жизни, была связана именно с данной группой причин (табл. 24). Вклад болезней органов кровообращения составляет 26%. Заболевания органов пищеварения вызывают преждевременную смертность жителей региона в 10% случаев, при этом их вклад равен вкладу новообразований. Структура преждевременной смертности отличается устойчивостью во времени, в 2003 и 2009 г. она сходна.

Размер упущенной выгоды в производстве ВРП Вологодской области, согласно проведенным вычислениям, в 2008 г. составил в среднем 108,6 тыс. руб. на одного занятого в экономике и около 22% в общем объеме ВРП, в 2009 г. – около 21% в объеме ВРП¹² (табл. 25).

¹² Речь идёт о потерях не одного года, в котором имели место случаи смерти, а всего периода недожития умерших в первом году жизни, то есть пролонгированных на 65 лет за счёт преждевременных смертей в данном году.

**Таблица 24. Структура преждевременной смертности населения
Вологодской области по классам системы МКБ-10, в %**

Класс МКБ-10	Доля в общей структуре смертности, %	
	В 2003 г.	В 2009 г.
Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	40	35
Болезни системы кровообращения	23	26
Болезни органов пищеварения	9	10
Новообразования	7	10
Болезни органов дыхания	6	6
Другие	15	13

Таблица 25. Размер упущенной выгоды в производстве ВРП Вологодской области в результате преждевременной смертности населения в 2003 – 2009 гг.

Показатель	2003 г.	2004 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.
ПГПЖ, чел.-лет	108 775	107 024	105 074	85 799	130 962	136 163	127 908
Размер ВРП на одного занятого в экономике, тыс. руб.	137,9	206,7	246,7	264,4	396,5	487,7	344,5
Размер упущенной выгоды в производстве ВРП, млн. руб.	15 000	22 122	25 922	22 685	51 926	66 407	44 064
Размер упущенной выгоды в производстве ВРП, тыс. руб. на 1 занятого в экономике	24,6	36,8	42,8	37,2	84,6	108,6	71,3
Доля от ВРП, %	13,9	13,7	13,4	11,2	21,3	22,2	20,7

Как видно из результатов расчётов за ряд лет, размеры упущенной выгоды особенно высоки в 2007, 2008 и 2009 гг., что связано и с большими размерами ВРП в эти годы, но прежде всего с высоким уровнем преждевременной смертности населения.

Результаты расчетов потерь ВРП в разрезе ключевых причин смерти представлены в таблице 26. Поскольку «стоимостное выражение» показатели преждевременной смертности от разных причин получают с помощью одной и той же «цены», структура упущенной выгоды вследствие этих причин будет аналогична таковой для преждевременной смертности. Выражение

экономических потерь от заболеваний в стоимостных показателях даёт возможность увидеть конкретный «денежный» вклад каждой из основных причин смерти в общий объём экономических потерь региона.

Таблица 26. **Структура экономического ущерба от преждевременной смертности населения Вологодской области, %**

Класс МКБ-10	Доля в общей структуре экономического ущерба	
	В 2003 г.	В 2009 г.
Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	40	35
Болезни системы кровообращения	23	26
Болезни органов пищеварения	9	10
Новообразования	7	10
Болезни органов дыхания	6	6
Другие	15	13

Так, в 2009 г. травмы и отравления обусловили потерю примерно 15,2 млрд. рублей потенциального валового регионального продукта только в части преждевременного ухода из жизни. Вклад других причин – болезней органов кровообращения, пищеварения и дыхания – в общую сумму экономического ущерба был также впечатляющим (табл. 27).

Таблица 27. **Размер упущенной выгоды в производстве ВРП Вологодской области в результате преждевременной смертности населения по группам причин смерти (классам МКБ-10), в 2003 – 2009 гг. (млн. руб., с учётом инфляции)**

Класс МКБ-10	2003 г.	2004 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	Доля в ВРП, 2009 г., %
Травмы, отравления, другие последствия воздействия внешних причин	10 362	15 489	20 263	23 602	15 220	7
Болезни системы кровообращения	5 761	8 789	12 947	17 198	11 139	5
Болезни органов пищеварения	2 203	4 527	5 482	6 768	4 516	2
Новообразования	1 889	2 630	4 714	6 479	4 407	2
Болезни органов дыхания	1 438	2 063	2 103	3 820	2 405	1
Симптомы, отклонения от нормы, выявленные при клин. и лаб. исследованиях	1 059	1 548	1 705	2 085	1 714	0,8
Всего*	14 521	37 050	5 051	63 875	44 059	21

* Без учёта группы неонатальной смертности.

Таким образом, суммарная стоимость болезней в рамках Вологодской области во все рассматриваемые годы была весьма существенной, причём в сложившейся ситуации не наблюдалось каких-либо позитивных сдвигов: если в 2003 г. общий суммарный экономический ущерб от затрат на лечение болезней и от обусловленной ими смертности составлял 17% от ВРП, то в 2009 г. – 25% (табл. 28).

Таблица 28. **Анализ стоимости болезни: прямые и косвенные затраты в Вологодской области, 2004 – 2009 гг.**

Показатель	2004 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.
Размер прямых затрат, % от ВРП	3,0	2,0	2,0	3,0	2,0	4,0
Размер косвенных затрат, % от ВРП	13,7	13,4	11,2	21,3	22,2	21,0
Суммарная стоимость болезней в регионе, % от ВРП	16,7	15,4	13,2	24,3	24,2	25,0

Для выявления более конкретных причин преждевременной смертности среди населения Вологодской области необходимо проведение углубленного анализ показателей ПГПЖ по наиболее проблемным диагнозам в рамках причин смертности.

В первую очередь речь пойдёт о категории причин, объединённых в группу «травмы, отравления и другие последствия воздействия внешних причин». Среди них в регионе наиболее широко распространена асфиксия (16% от общей суммы ПГПЖ в 2006 г.) (рис. 21)¹³. Весомый вклад в структуру смертности населения региона вносят также черепно-мозговые травмы (18% в общем объёме ПГПЖ) и различного рода отравления (23%). Среди последних ключевую роль играют алкогольные отравления и газовая интоксикация, составляющие в сумме соответственно 11 и 6%-ные доли от комплекса причин смерти.

Второе место по вкладу в структуру смертности населения области вносят заболевания сердечно-сосудистой системы. Наибольшая доля смертей по причинам патологий кровеносной системы обусловлена ишемической болезнью сердца, вклад которой в структуру преждевременной смертности в рамках данной группы причин составляет около 50% (рис. 22).

¹³ На момент написания книги мы располагали данными о смертности в разрезе отдельных нозологических единиц лишь за 2006 г.



Рис. 21. Структура преждевременной смертности населения Вологодской области от внешних причин



Рис. 22. Структура преждевременной смертности (и экономического ущерба от ПГПЖ) населения Вологодской области от заболеваний кровеносной системы, 2006 г.

Анализируя масштабы и структуру демографических потерь в Вологодской области, нельзя обойти вниманием и заболевания пищеварительной системы, обуславливающие существенную часть потерь ПГПЖ и ВРП в регионе. Подавляющая часть (78%) потерянных лет потенциальной жизни по классу заболеваний органов пищеварения связана со смертностью от поражений печени, преимущественно имеющих алкогольное происхождение. Прежде всего, это циррозы и алкогольной синдром печени, являющиеся основными в рассматриваемом классе причин смертности (рис. 23).

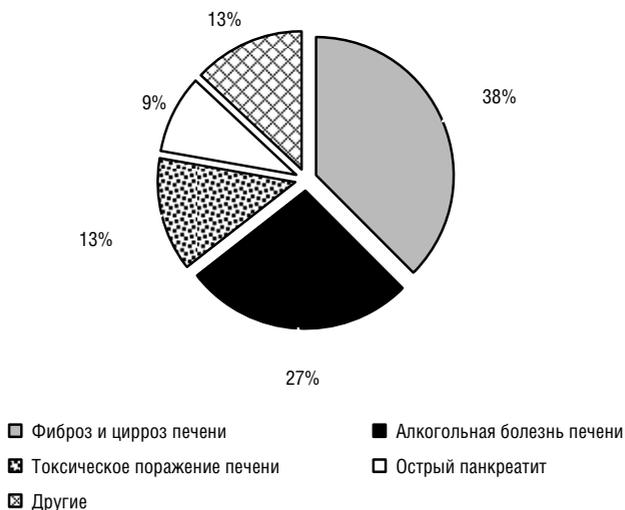


Рис. 23. Структура преждевременной смертности (и экономического ущерба от ПГПЖ) населения Вологодской области от заболеваний пищеварительной системы, 2006 г.

Таким образом, травмы и отравления, заболевания органов пищеварения и дыхания, вносящие наибольший вклад как в демографические потери, так и в экономические потери Вологодской области, являются одними из наиболее значимых в контексте разработки региональной политики здравоохранения. Иными словами, реализация профилактических мер по предот-

вращению заболеваемости и смертности от указанных причин на сегодняшний день становится ключевым фактором повышения уровня продолжительности жизни населения региона, залогом его экономического развития.

Экспертами ВОЗ установлено, что в ряду факторов, обуславливающих заболеваемость и смертность населения, эффективность работы служб здравоохранения занимает нелидирующее положение. Существенный вклад в здоровье человека вносят и наследственность, и социально-экономические факторы, вызывающие первоначальную заболеваемость (образ жизни, социальное благополучие, уровень жизни), и состояние окружающей среды. Полидетерминированность здоровья диктует необходимость привлечения к решению вопросов общественного здравоохранения прочих областей социальной сферы (образование, культура, жилищное хозяйство), а также промышленности и других отраслей народного хозяйства. Так, если профилактика, ранняя диагностика и лечение новообразований и болезней сердца в большей степени определяются работой медицинских служб, то снижение смертности от отравлений алкоголем или от дорожно-транспортного травматизма ограничивается для здравоохранения лишь возможностью оперативной госпитализации пострадавшего. Эту задачу должно решать общество, и её сложность заключается в создании благоприятных условий для жизни граждан. В таких условиях менее вероятно возникновение социальной аномии и различных деструктивных практик. Решение данной задачи связано с применением политических и экономических инструментов более широкого характера (повышение уровня жизни, создание правовых институтов, культивирование гражданской ответственности и т.д.).

В то же время имеется целый ряд случаев, когда усилия именно медицинских учреждений могли бы предотвратить массу случаев заболеваемости и, соответственно, смертности.

В частности, при адекватно налаженной системе генетической диагностики можно заранее прогнозировать развитие той или иной патологии у каждого конкретного человека и таким образом увеличивать шансы на предупреждение её развития в будущем. Хотя подобное мероприятие весьма затратное, можно утверждать, что потенциальные расходы общества на лечение своевременно не предотвращённых болезней и ущерб от вызванных ими случаев смерти будут сопряжены с несопоставимо большими потерями.

Подход, аналогичный тому, который был применён для калькуляции экономических потерь региона в результате преждевременной смертности населения от конкретных заболеваний, позволил рассчитать показатели недопроизведенного ВРП и в отдельных муниципальных образованиях области. В качестве базового значения демографических потерь использовался показатель ПППЖ; стоимостным цензом явилось значение годового ВРП в пересчете на численность занятого населения.

С помощью группировки муниципальных районов и городских округов на основе результатов расчётов проведено сравнение их по масштабам экономических потерь в результате смертности населения, причем значения экономического ущерба муниципальных образований были соотнесены с его среднеобластным показателем, принятым за единицу (табл. 29 и 30). Для большей объективности проанализированы также масштабы экономических потерь за два года – 2003 и 2009.

Результаты соотнесения показателей экономического ущерба по причине преждевременной смертности населения за два рассматриваемых года говорят о существовании широкого диапазона значений показателя экономических потерь в муниципальных образованиях области (в 2003 г. разница между минимальным и максимальным значениями показателя была равна 5,6 раза; в 2009 г. она несколько снизилась – до 4 раз).

Таблица 29. Экономический ущерб от преждевременной смертности населения в муниципальных образованиях Вологодской области в 2003 г.

Низкий	Ниже среднего	Выше среднего	Высокий
Нюксенский район – 0,557 Великоустюгский район – 0,575 Вологодский район – 0,594 Верховажский район – 0,736 Белозерский район – 0,813 Сямженский район – 0,830 Тарногский район – 0,850 Тотемский район – 0,860 Кирилловский район – 0,871 Кичменгско-Городецкий район – 0,903	Кадуйский район – 0,941 Грязовецкий район – 0,970 Шекснинский район – 0,980 Бабаевский район – 1,011 Бабушкинский район – 1,116 Вытегорский район – 1,144 Вожегодский район – 1,156 Сокольский район – 1,187 Вашкинский район – 1,194	Никольский район – 1,468 г. Череповец – 1,508 Усть-Кубинский районч – 1,509 г. Вологда – 1,570 Междуреченский район – 1,649	Харовский район – 2,122 Устюженский район – 2,123 Череповецкий район – 2,231 Чагодощенский район – 3,097
Примечание. Приведённые коэффициенты отражают степень отклонения размера экономического ущерба в муниципальном образовании от среднеобластного уровня.			

Таблица 30. Экономический ущерб от преждевременной смертности населения в муниципальных образованиях Вологодской области в 2009 г.

Низкий	Ниже среднего	Выше среднего	Высокий
Великоустюгский район – 0,391 ● Бабаевский район – 0,597 ▲ Вологодский район – 0,606 ● Шекснинский район – 0,621 ▲ Верховажский район – 0,643 ● Сямженский район – 0,688 ● Нюксенский район – 0,690 ●	Тарногский район – 0,700 ▼ Кадуйский район – 0,723 ● Белозерский район – 0,734 ▼ Кирилловский район – 0,736 ▼ Сокольский район – 0,740 ● Тотемский район – 0,754 ▼ Грязовецкий район – 0,809 ●	Вытегорский район – 0,980 ▼ Вашкинский район – 0,989 ▼ г. Череповец – 1,020 ● Кич.-Городецкий район – 1,045 ▼ г. Вологда – 1,093 ● Устюженский район – 1,147 ▲ Никольский район – 1,174 ●	Усть-Кубинский район – 1,290 ▼ Вожегодский район – 1,342 ▼ Междуреченский район – 1,351 ▼ Чагодощенский район – 1,401 ● Бабушкинский район – 1,443 ▼ Череповецкий район – 1,545 ● Харовский район – 1,578 ●
Условные обозначения: ● – ситуация в муниципальном районе (городском округе) не изменилась по сравнению с 2003 г.; ▼ – ситуация ухудшилась; ▲ – ситуация улучшилась.			

В течение 2003 – 2009 гг. только в трёх муниципальных образованиях произошел позитивный сдвиг в показателях экономического ущерба вследствие преждевременной смертности; 11 из 28 муниципалитетов демонстрировали в 2009 г. более высокие, чем в базовом году, показатели экономического ущерба; положение 14 районов области в построенном иерархическом ряду в указанный период не изменилось.

Устойчивые позиции в группе муниципальных образований с высоким уровнем экономических потерь вследствие преждевременной смертности населения занимают Чагодощенский, Бабушкинский и Харовский районы. Великоустюгский, Вологодский, Верховажский, Сямженский и Нюксенский районы, напротив, характеризуются сравнительно небольшими показателями недопроизведенного ВРП по данным за два выбранных года.

Приведенные результаты исследований свидетельствуют как о высоком уровне потерь человеческого капитала и экономического ущерба от преждевременной смертности населения в целом по Вологодской области, так и о значительных различиях в масштабах указанных явлений в сравнительном межрайонном контексте.

Это подтверждает актуальность проблем сохранения и поддержания человеческого капитала как существенного фактора социального и экономического развития региона и страны в целом. Решение задач повышения производительности труда в современных условиях должно строиться на основе не только интенсификации трудовой деятельности, но и сбережения, в самом широком его понимании, человеческих ресурсов.

В свете этого необходимой мерой является реализация инициатив по сокращению преждевременной смертности и поддержанию общественного здоровья населения. Частными

векторами в рамках данных направлений деятельности должны стать мероприятия по совершенствованию практики медицинского обслуживания трудящихся, повышению технической оснащенности предприятий и приведение показателей условий труда и трудовой гигиены к существующим стандартам. Немаловажное значение для сохранения человеческих ресурсов региона имеют мероприятия по борьбе с преступностью, алкоголизмом, дорожно-транспортной аварийностью, поскольку именно данные явления приводят к высокой преждевременной смертности.

ГЛАВА 3

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ РЕГУЛИРОВАНИЯ ОРГАНИЗАЦИОННО-ЭКОНОМИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ УПРАВЛЕНИЯ СИСТЕМОЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РЕГИОНЕ

3.1. Рационализация системной организации регионального здравоохранения

Системная организация здравоохранения – это комплекс взаимосвязанных структур здравоохранения, взаимодействующих друг с другом на основе принципов разделения функций и функциональной преемственности в целях оказания населению медицинской помощи с максимальной экономической и медицинской эффективностью.

При этом разделение функций между медицинскими структурами и уровнями медицинской помощи предполагает их адекватное пропорциональное соотношение, которое, по рекомендациям Всемирной организации здравоохранения, должно складываться с преобладанием роли первичного медицинского обслуживания и врачей первичного контакта (участковых терапевтов и врачей общей практики), осуществляемого на основе принципов широкой доступности для населения и его всеобщего охвата [6].

Под преемственностью понимается прежде всего ступенчатость процесса оказания медицинской помощи, последовательность движения пациентов – от первичной медицинской

помощи, оказываемой в амбулаторно-поликлинических условиях и не требующей пребывания в круглосуточном стационаре, к вторичной медицинской помощи в стационарах и, наконец, к третичной специализированной помощи с использованием высокотехнологичного оборудования, как правило, в специализированных центрах (рис. 24).



Рис. 24. Упрощённая схема рекомендуемой организационной структуры медицинской помощи в системе здравоохранения (составлено по George R. Palmer, Stephanie D. Short)

В системе здравоохранения Вологодской области данные принципы сетевой организации здравоохранения нарушаются. В частности, организационная цепь «первичная – вторичная –

третичная» медицинская помощь формируется с преобладанием вторичного звена, то есть стационарной помощи. На неё приходится 76% общественных затрат здравоохранения, хотя она охватывает лишь 3% обращающихся в медицинские учреждения. В то же время первичная медицинская помощь, охватывающая подавляющую (97%) долю пациентов, расходует только 24% финансовых средств.

Анализ эффективности взаимодействия основных звеньев медицинской помощи целесообразно проводить с использованием положений теории интерфейсов¹⁴, получившей широкое развитие в экономике постиндустриальных стран [43]. В свете этой теории структура медицинской помощи может быть представлена условной схемой, на которой все связи разделены на внутренние, ориентированные на стационарную медицинскую помощь, и внешние, направленные от неё, прежде всего к амбулаторному звену (рис. 25).

При этом выделяются два типа системообразующих механизмов – «фильтры» и компенсаторные практики. Роль «фильтров» играют амбулаторно-поликлинические учреждения, в рамках которых ответственность за принятие решений относительно рациональности направления больного в стационар возложена на врачей первичного контакта, и приёмно-диагностические отделения (ПДО), сформированные на базе стационаров и принимающие пациентов, которые поступили в больницу, минуя поликлинику, контролирующие поступление больных в стационар. Второй тип – компенсаторные механизмы, посредством их медицинская помощь оказывается пациентам, не нуждающимся в госпитализации. Это прежде всего центры амбулаторной хирургии, дневные стационары, стационары одного дня. Сложившаяся в здравоохранении Вологодской области организационная структура медицинской помощи также рассмотрена

¹⁴ Интерфейс – это граница перехода больных от одного вида лечения к другому, или точка пересечения между различными уровнями медицинской помощи.

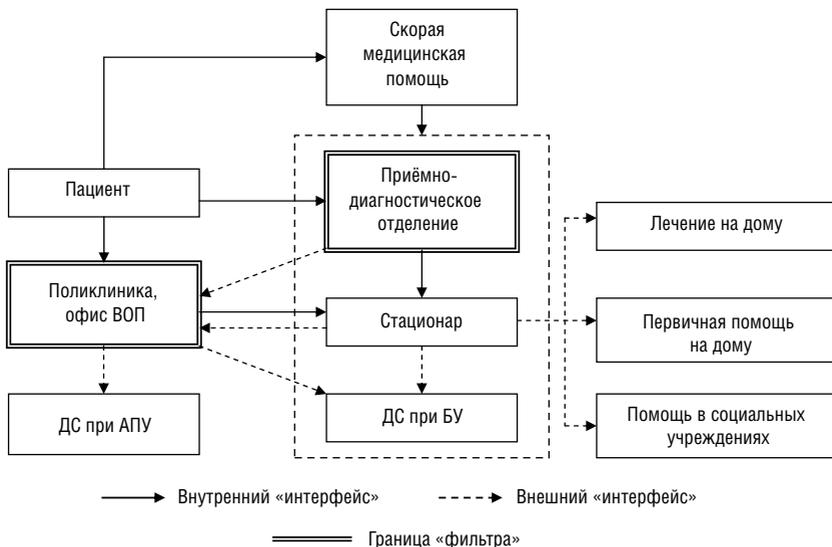


Рис. 25. Система внутренних и внешних связей в структуре медицинской помощи в здравоохранении Вологодской области: действующий вариант

Примечание. АПУ – амбулаторно-поликлиническое учреждение; БУ – больничное учреждение.

с позиций теории интерфейсов, в результате чего сделан вывод о недостаточной системной целостности данной структуры, разобщённости её частных функциональных элементов и низкой эффективности.

Выделены следующие недостатки организации медицинской помощи в региональной системе здравоохранения:

1. Отсутствуют устойчивые связи внешнего интерфейса, обеспечивающие мероприятия по постгоспитальной реабилитации пациентов. В частности, не развита практика перевода больных, прошедших первую стадию стационарного лечения, в режим постгоспитальной реабилитации в условиях дневного стационара.

2. Не распространены однодневные госпитализации, что в условиях реструктуризации здравоохранения является негативным моментом.

3. Дневные стационары¹⁵ широко распространены как структурные подразделения стационарных учреждений (это особенно характерно для Бабушкинского, Верховажского, Вытегорского, Кичменгско-Городецкого районов), хотя рекомендуемой формой их организации является структурное подразделение при амбулаторно-поликлиническом учреждении. Традиционная прерогатива стационара – интенсивный уход со сложными процедурами лечения, соблюдением круглосуточного врачебного наблюдения и других мероприятий, а сочетание коек дневного и круглосуточного пребывания в одном отделении может привести к нарушению санитарно-эпидемиологического режима.

На основе выделенных недостатков можно предложить основные направления совершенствования структурной организации медицинской помощи с использованием принципов системного и сетевого подходов, среди которых (рис. 26):

- формирование практики постгоспитальной реабилитации пациентов в условиях дневного стационара (за счёт сокращения сроков госпитализации);
- распространение практики оказания хирургической помощи в центрах амбулаторной хирургии;
- расширение использования малозатратных форм оказания медицинской помощи на базе амбулаторно-поликлинических учреждений.

Широкое внедрение малозатратных (стационарозамещающих) технологий (СЗТ), что является эффективным механизмом устранения сложившихся в региональной системе здравоохранения структурных диспропорций, выступает действенным

¹⁵ Дневной стационар является структурным подразделением лечебно-профилактических учреждений, в том числе амбулаторно-поликлинических, больничных учреждений, клиник медицинских научно-исследовательских и образовательных учреждений и предназначен для проведения профилактических, диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий больным, не требующим круглосуточного медицинского наблюдения, с применением современных медицинских технологий в соответствии со стандартами и протоколами ведения больных.

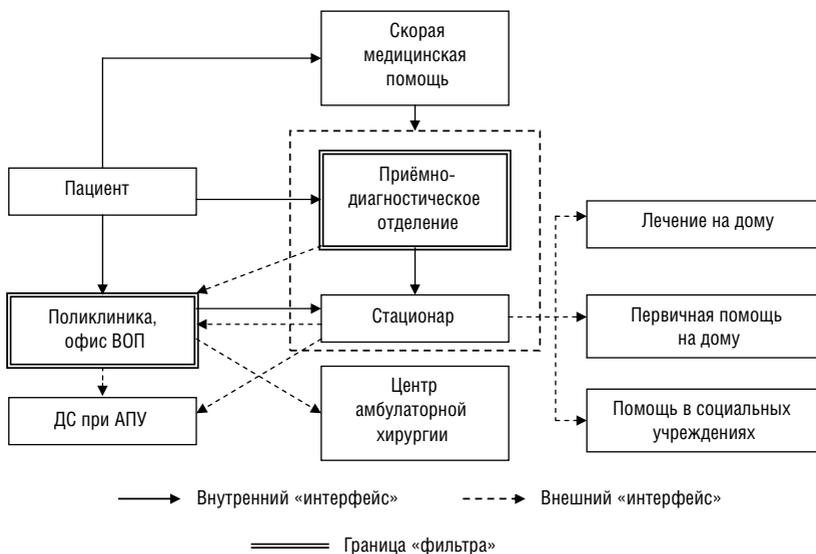


Рис. 26. Система внутренних и внешних связей в структуре медицинской помощи в здравоохранении Вологодской области: рекомендуемый авторами вариант

Примечание. АПУ – амбулаторно-поликлиническое учреждение; БУ – больничное учреждение; ДС – дневной стационар.

инструментом балансировки региональной Программы государственных гарантий по оказанию гражданам бесплатной медицинской помощи (то есть уравнивание принятых государством финансовых обязательств и их финансового обеспечения), наиболее приемлемым с точки зрения компромисса различных групп интересов (табл. 31).

Для выявления реальных преимуществ дневных стационаров в условиях Вологодской области необходимо оценить произошедшие за последние годы изменения в сфере организации стационарозамещающих технологий и выразить достигнутые результаты в показателях экономического эффекта для региона.

Применение СЗТ ориентировано на ограничение неэффективных расходов здравоохранения, связанных с дорогостоящим

Таблица 31. **Способы балансировки Программы госгарантий: сравнительный анализ в свете конфликта групп интересов**

Способ	Оценка с позиций потребителя	Оценка с позиций власти	Оценка с позиций врачей	Объективная оценка	Итоговый балл
Коммерциализация здравоохранения (сокращение государственных обязательств)	Негативная	Позитивная	Позитивная (коммерческие интересы)	Негативная: противоречит правам населения	2
Использование неполного тарифа оплаты медицинской помощи	Как правило, негативная	Негативная	Индифферентная	Негативная: противоречит правам населения	0
Внедрение малозатратных (стационаро-замещающих) технологий	Позитивная, при условии должного качества услуг	Позитивная	Позитивная	Позитивная, при условии должного методического и технологического обеспечения	4
Привлечение дополнительных бюджетных и страховых средств	Позитивная	Противоречивая	Позитивная	Позитивная: необходимо, но неизбежно связано со сложностью выбора приоритетов финансирования	3

стационарным лечением. Так, внедрение и использование СЗТ позволяет снизить затраты за счёт увеличения оборота койки, уменьшения расходов на оплату труда медицинского персонала (при упразднении ночных дежурств), снижения затрат на коммунальные услуги и питание при организации сменной работы дневного стационара [28].

Оценка экономической эффективности стационарозамещающих технологий, как правило, основывается на их сравнительном анализе со стационарными по показателям средней продолжительности периода временной нетрудоспособности пациентов и стоимости одного дня лечения в дневных стационарах и стационарах круглосуточного пребывания. Речь идёт о собственно экономическом анализе с использованием классического метода минимизации стоимости

(по *Drummond M., – cost-minimization analyses*). Он отражает один из ключевых принципов экономики здравоохранения – выбор такого варианта лечения (медицинской программы, коммерческой операции и др.) из двух или нескольких «конкурирующих» альтернатив, который связан с наименьшим уровнем расходов [78].

Таким вариантом в данном случае являются СЗТ, экономический эффект от использования которых рассчитывается в терминах затрат, избегаемых частичным замещением стационарной помощи амбулаторной в дневных стационарах или стационарах на дому.

Экономия от снижения затрат на лечение при использовании стационарозамещающих технологий рассчитывается как разница стоимости сравнительных медицинских технологий (в данном случае используются затраты на один койко-день в круглосуточном стационаре и пациенто-день – в дневном) в расчёте на объём фактических случаев оказания медицинской помощи за рассматриваемый промежуток времени¹⁶.

Формула для вычисления экономического эффекта, иными словами, экономии общественных расходов здравоохранения, достигаемой за счёт использования СЗТ, имеет следующий вид:

$$E_e = (C_{b.d.} - C_{p.d.}) \times Q_{p.d.},$$

где E_e – экономический эффект; $C_{b.d.}$ – средняя стоимость одного койко-дня в круглосуточном стационаре; $C_{p.d.}$ – средняя стоимость одного пациенто-дня в дневном стационаре; $Q_{p.d.}$ – количество пациенто-дней в дневных стационарах за год.

Поскольку стоимость койко-дня и пациенто-дня в рамках бюджетного и страхового сегментов финансирования различна, анализ экономического эффекта СЗТ проводится по двум разделам в отражении существующих каналов финансирования (бюджета и системы обязательного медицинского страхования).

¹⁶ Здесь и далее термин «пациенто-день» применяется как единица объёма медицинской помощи, оказываемой в ДС (в отличие от термина «койко-день», традиционно применяемого в отношении круглосуточного стационара).

В таблице 32 представлены результаты данных расчётов: размер экономического эффекта – и в абсолютных показателях стоимости, и в долевым виде относительно всего объёма финансовых средств Территориальной программы госгарантий. Судя по приведённым показателям, в 2008 г., благодаря работе дневных стационаров в ЛПУ, региону удалось добиться экономии общественных средств в размере чуть менее 9% от всего финансового массива ТППГ, причём преимущественно за счёт расходов ОМС.

Таблица 32. **Масштабы экономического эффекта от использования малозатратных технологий (дневных стационаров) в Вологодской области***

Источник финансирования	Показатель	2004 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.
ОМС	Разница стоимости	227,77	289,31	492,11	562,5	681,78
	$Ч_{п-д}$, всего	361 760	428 960	490 280	536 760	767 840
	$\Sigma \mathcal{E}$, руб.	82 398 075,2	124 102 418	241 271 691	301 927 500	523 497 955
	Доля \mathcal{E} от Σ ТППГ, %	2,3	3,1	5	5	8
Бюджет	Разница стоимости	132,35	111,81	99,95	468,19	530,45
	$Ч_{п-д}$, всего	100 800	102 200	109 760	108 080	103 600
	$\Sigma \mathcal{E}$, руб.	13 340 880	11 426 982	10 970 512	50 601 975,2	54 954 620
	Доля \mathcal{E} от Σ ТППГ, %	0,4	0,3	0,2	0,8	0,8
Всего (бюджет + ОМС)	$Ч_{п-д}$, всего	462 560	531 160	600 040	644 840	871 440
	$\Sigma \mathcal{E}$, руб.	95 738 955,2	135 529 400	252 242 202,8	352 529 475	578 452 575,2
	Доля \mathcal{E} от Σ ТППГ, %	2,7	3,4	5,2	5,8	8,8
$Ч_{п-д}$ – число пациенто-дней в дневных стационарах; \mathcal{E} – размер экономического эффекта; ТППГ – объём Территориальной программы госгарантий.						
* Рассчитано по данным Департамента здравоохранения Вологодской области.						

Таким образом, в целом по области функционирование СЗТ обеспечивало существенный объём экономии общественных ресурсов, устойчивую тенденцию роста в течение всего анализируемого периода. Использование аналогичного подхода к вычислению позволило рассчитать экономию средств ОМС за счёт применения СЗТ в муниципальных образованиях Вологодской

области в 2008 г. Выяснено, что их абсолютное большинство характеризовалось присутствием практики СЗТ, в той или иной степени распространённой в ЛПУ, за исключением ЛПУ Кирилловского района, где они не были применены.

В среднем по области размер экономического эффекта составил около 7000 руб. на каждого пациента, прошедшего лечение в условиях дневного стационара. Причём по отдельным муниципалитетам этот показатель существенно колебался: от 5659 руб. в Вытегорском районе до 9340 руб. в Кадуйском (рис. 27). Для сравнения можно отметить, что в 2007 г. в среднем по Вологодской области стоимость стационарного лечения в течение 13 дней (средняя длительность пребывания больного на койке в данном году) составила 10 062 руб.

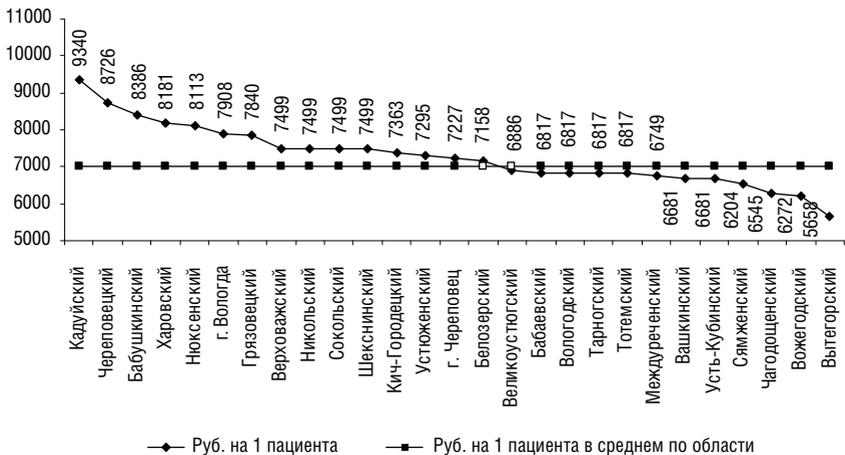


Рис. 27. **Размер экономического эффекта от снижения затрат на лечение при использовании малозатратных технологий по муниципальным образованиям Вологодской области в 2008 г.**

Однако важнее показать не эффект от использования новой технологии, а её экономическую эффективность, то есть выразить отношение эффекта к затратам, с которыми сопряжено его

достижение. Для этого используется коэффициент эффективности затрат, выражающий эффект в виде экономии, получаемой на каждую единицу вложенных средств.

В этом случае снижение стоимости реализации лечебного процесса за счёт возможностей СЗТ рассматривается как эффект, стоимость же применения самой технологии фактически составляет затраты. Относительно СЗТ формула для вычисления коэффициента экономической эффективности примет следующий вид:

$$K_e = \frac{C_{b.d.} - C_{p.d.}}{C_{p.d.}},$$

где K_e – коэффициент экономичности; $C_{b.d.}$ – средняя стоимость одного койко-дня в круглосуточном стационаре; $C_{p.d.}$ – средняя стоимость одного пациенто-дня в дневном стационаре [28].

При наличии данных о стоимости внедрения альтернативных медицинских технологий есть возможность при расчёте коэффициента эффективности учесть и эти затраты, но – по причине отсутствия таковых – в рамках настоящего исследования решено ограничиться лишь текущими затратами. Иными словами, данный метод позволяет рассчитать текущую (годовую) экономию средств от внедрения СЗТ без учёта расходов на их непосредственное внедрение и организацию медицинской помощи.

Согласно данным 2008 г., денежные вложения в стационарозамещающие технологии в 1,7 раза эффективнее, чем в круглосуточные стационары, и в 3 раза эффективнее, если речь идёт о стоимости медицинской помощи в рамках фондов ОМС. Таким образом, при прочих равных условиях (прежде всего при достижении медицинского результата) стационарозамещающие технологии существенно эффективнее стационарных.

Аналогичные расчёты за ряд лет выявляют рост коэффициента эффективности СЗТ для здравоохранения Вологодской области, особенно в отношении страховых средств (табл. 33).

Таблица 33. **Затраты на лечение в условиях круглосуточного и дневного стационаров (руб.) и коэффициент эффективности дневных стационаров***

Коэффициент	2004 г.		2005 г.		2006 г.		2007 г.		2008 г.	
	Бюджет	ОМС								
$K_{к.д}$	254,91	397,89	240,03	462,59	281,06	669,59	744,87	762,27	843,17	909,25
$K_{п.д}$	122,56	170,12	128,22	173,28	181,11	177,48	276,68	199,77	312,72	227,47
$K_{эф}$	1,08	1,34	0,87	1,67	0,55	2,77	1,7	2,8	1,7	3,0

* Рассчитано по данным Департамента здравоохранения Вологодской области.

Однако сравнение двух альтернативных способов лечения на основе только стоимостных показателей скрывает важное методологическое допущение об эквивалентности качества и медицинских результатов рассматриваемых альтернатив. То есть при осуществлении экономической оценки предполагается, что оказание медицинской помощи в условиях круглосуточного и дневного стационаров не различается по качеству и результатам лечения. На практике этого можно добиться такими способами, как стандартизация и развитие практики защиты прав пациентов и т. д.

Вместе с тем подобный простой, но надёжный способ оценки экономических преимуществ СЗТ может быть использован как инструмент оценки деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации, основные методические положения которой были утверждены в 2007 г. Комиссией при Президенте Российской Федерации по вопросам совершенствования государственного управления и правосудия во исполнение Указа Президента РФ от 28.06.2007 г. № 825. Развитие новых форм оказания медицинской помощи является гораздо более существенным фактором повышения эффективности здравоохранения, чем снижение масштабов госпитализации или простое сокращение коечных фондов и числа вызовов скорой помощи, что было включено в практическую часть указанной методики. Более того, развитие СЗТ играет не только замещающую, компенсаторную, но и важную социальную роль, поскольку во

многим отвечает меняющимся ожиданиям пациентов, всё менее заинтересованных в длительном пребывании в стационарах, будучи оторванными от привычной социально-бытовой среды. В этом заключается социально-психологический эффект СЗТ.

Вместе с тем политика реструктуризации, конструктивной стороной которой выступает развитие стационарозамещающих технологий, не может быть эффективной без соответствующих изменений как в материальном оснащении ЛПУ, так и подготовке медицинских кадров. Для применения новых технологий амбулаторной хирургии необходимо самое современное оборудование и высокая квалификация врачей. Важную роль играет и организационно-нормативная составляющая. В сложившихся условиях порядок направления и госпитализации в дневной стационар и режим его работы утверждаются руководителем лечебно-профилактического учреждения, поэтому уровень профессиональной квалификации управленцев должен быть высоким. Соблюдение этого требования представляется крайне затруднительным в условиях объективного недостатка медицинской информации. Развитие СЗТ в российском здравоохранении тормозится отсутствием утверждённой системы стандартов, которая содержала бы конкретные показания (и противопоказания) к направлению пациентов в ДС. Этот фактор приводит к волюнтаризму в принятии решений и риску экономии на пациенте.

В России сегодня нет подобной стандартизированной технологии принятия решений, что объясняется недостаточной научной разработанностью проблемы экономического анализа медицинских услуг, программ и технологий. Набор исследований, посвящённых оценке экономической и медицинской эффективности альтернативных медицинских технологий и лекарственных препаратов (фармакоэкономический анализ), в отечественном здравоохранении крайне скуден, в то время как подобные

разработки носят сугубо локальный характер, исключающий возможности для заимствования научных результатов из зарубежных источников и перенесения их на российскую почву.

Низкий уровень развития инфраструктуры, в частности дорожно-транспортного сообщения, ограничивает возможности для переезда жителей отдалённых сельских поселений в районные центры для временного пребывания в ДС, в результате чего единственно доступным для данной категории граждан остаётся стационарное лечение.

Подобная ситуация требует принятия таких мер, как:

- разработка документов, регламентирующих функционирование ДС, отвечающих современным требованиям медицинской практики;
- активизация научных исследований в сфере экономического анализа медицинских технологий, фармакоэкономического анализа;
- развитие системы стандартов и служб, контролирующей целесообразность принятых решений по госпитализации в ДС и круглосуточный стационар.

Таким образом, сложившаяся в системе здравоохранения Вологодской области структура медицинской помощи имеет существенные недостатки, снижающие эффективность расходования средств, выделяемых на нужды здравоохранения и ограничивающие возможности медицинских служб удовлетворять потребности граждан и адекватно отвечать на их ожидания. В качестве механизма улучшения ситуации наиболее приемлемо широкое использование в здравоохранении малозатратных видов медицинской помощи, в частности дневных стационаров, удовлетворяющих как требованиям медико-экономической эффективности, так и социально-психологическим особенностям современного человека, предпочитающего заменить пребывание в круглосуточном стационаре амбулаторным лечением

(в тех случаях, когда это объективно приемлемо). Вместе с тем развитие стационарозамещающих технологий не может рассматриваться исключительно как средство сокращения расходов, поскольку в будущем достижение медико-экономической эффективности на основе их использования станет возможным за счёт дополнительных ассигнований на материально-техническое оснащение медицинских учреждений в настоящее время.

3.2. Создание системы мониторинга эффективности затрат на здравоохранение

Одна из наиболее значимых и одновременно методологически сложных составляющих экономического анализа расходов на здравоохранение – оценка соответствия фактических затрат достигнутым результатам (*Costs-analysis*). Её сложность заключается в том, что единственным реальным результатом региональной здравоохранительной политики является сохранение и воспроизводство здоровья жителей территории, которое характеризуется высокой инерционностью. Финансовые вложения в здравоохранение могут оказаться затратными на ранних стадиях практического внедрения и первоначально не имеющими положительного эффекта, который проявляется лишь с течением длительного времени.

Анализ отечественного опыта оценки эффективности расходов на здравоохранение на уровне региона свидетельствует, что в российских условиях управления здравоохранением, как правило, используется неполный экономический анализ, сводящийся к оценке ресурсной стороны деятельности, тогда как её экономический и социальный результаты практически не оцениваются. В качестве альтернативы существующим методам экономического анализа, сводящимся к оценке финансовой составляющей деятельности системы здравоохранения, мы предлагаем методику, основанную на объединённом анализе финансовых и демографических показателей в структурном

(в разрезе основных классов заболеваний) и пространственном (в разрезе муниципальных районов Вологодской области) аспектах общественных расходов и социальных результатов, выраженных с помощью показателя «потерянные годы потенциальной жизни» (ППЖ).

Суть рассматриваемого методологического подхода «затраты – потери», апробированного на материалах Вологодской области, заключается в сопоставлении совокупных затрат бюджета и внебюджетных государственных фондов на финансирование здравоохранения с масштабами демографических потерь территории (региона в целом и отдельных муниципальных образований) от преждевременной смертности. Механизм данного сопоставления основан на анализе демографического благополучия муниципалитетов (оцениваемого с помощью показателя «ППЖ») и уровня затрат на здравоохранение (оцениваемого с помощью показателя подушевых консолидированных общественных расходов), дифференцируемых, в зависимости от задач анализа, по территориальному, структурному и прочим признакам¹⁷. Идея о проведении экономического анализа на основе сопоставления затрат на здравоохранение и потерь от преждевременной смертности в региональном контексте нашла отражение в работах С.П. Ермакова, в которых предлагаемый методический подход именуется «финансовым макроанализом в здравоохранении», а в качестве способа экономической оценки

¹⁷ Первоначальная апробация данного методологического подхода к оценке эффективности здравоохранения началась с реализации проекта «Тасис» «Система профилактических мер и здоровье населения России», внедрявшегося в России с января 1998 по июль 2001 г. в рамках программы Европейского Союза по оказанию технической поддержки странам СНГ и Монголии. Реализация данного проекта происходила при поддержке Министерства здравоохранения Российской Федерации, а первоочередной задачей программы была провозглашена поддержка развития системы укрепления здоровья и профилактики заболеваний на федеральном уровне и в четырех пилотных регионах России: в Вологодской и Челябинской областях, городах Электростали и Оренбурге. Однако из приведённого ряда регионов только Вологодской области удалось сохранить и укрепить предпринятые начинания.

рассматривается метод «затраты – эффективность». С.П. Ермаковым совместно с сотрудниками Департамента здравоохранения и Территориального фонда ОМС Вологодской области М.Д. Дугановым и А.Н. Макеевым была также разработана методика сбора и анализа финансовой информации о затратах на оказание медицинской помощи в медицинских учреждениях Вологодской области [7; 9]. Впоследствии данные разработки были применены для комплексного анализа информационной базы о затратах на здравоохранение и потерях от преждевременной смертности, созданной на платформе Медицинского информационно-аналитического центра Вологодской области.

В 2006 – 2009 гг. нами были проведены исследования, посвящённые оценке эффективности затрат на здравоохранение, с использованием собранной статистической информации (временной лаг – с 2003 по 2009 г.). Результаты этих исследований представлены в настоящей главе. Следует отметить, что к используемому методу анализа более применим термин «затраты – потери», чем «затраты – эффективность», так как последний подразумевает количественную оценку прироста достигнутого результата, а не его статичное состояние. Более того, поскольку преждевременная смертность обусловлена целым рядом факторов (уровень жизни, условия труда, развитость транспортной инфраструктуры и пр.), справедливее говорить об оценке эффективности не регионального здравоохранения как системы оказания медицинской помощи, а региональной здравоохранительной политики, объединяющей деятельность не только медицинских служб, но и других отраслей и ведомств, а также институтов гражданского общества по сохранению и поддержанию здоровья населения территории.

В качестве меры эффективности при этом может рассматриваться соотношение показателей затрат и демографических потерь в рамках типологической матрицы муниципалитетов и групп заболеваний (табл. 34).

Таблица 34. **Схема типологической матрицы муниципальных образований (групп заболеваний)**

		Затраты	
		<i>Высокие</i>	<i>Низкие</i>
Демографические потери (ПГПЖ)	<i>Высокие</i>	1. Затраты неэффективны? Каковы причины неэффективности?	2. Нехватка ресурсов? Если да, то – дополнительное финансирование: - здравоохранения - социальной сферы - производственной сферы
	<i>Низкие</i>	3. Избыток ресурсов? Если да, то перераспределение: – на другие виды заболеваний – меры профилактики – стационароразмещающие технологии	4. Реальная эффективность? Если да, каковы дальнейшие действия? Если нет, существует недофинансирование

Пример использования алгоритма анализа применительно к муниципальным образованиям Вологодской области на основе данных 2008 г. представлен в табл. 35 (территории здесь распределены по четырём квадрантам «затраты – потери»). Для каждого района и двух городских округов приведены значения индекса «стоимость – эффективность», что позволяет сравнить оцениваемые объекты в рамках отдельных квадрантов матрицы.

Таблица 35. **Типологическая матрица муниципальных образований Вологодской области по показателям затрат и социальных потерь** (по данным 2007 г.)

		Затраты	
		<i>Высокие</i>	<i>Низкие</i>
Социальные потери (ПГПЖ)	<i>Высокие</i>	Верховажский – 26,32* Бабаевский – 21,95 Вашкинский – 21,87 Междуреченский – 20,05 Чагодощенский – 19,57 Бабушкинский – 18,91	Кирилловский – 21,53 Шекснинский – 19,60 Вожегодский – 19,30 Никольский – 17,17 Кадуйский – 16,46 Вытегорский – 15,91 Белозерский – 15,08
	<i>Низкие</i>	Харовский – 24,78 Тарногский – 25,26 Усть-Кубинский – 26,45 Тотемский – 27,39 Кичменгско-Городецкий – 31,34 Сямженский – 31,64 Нюксенский – 32,67 г. Череповец – 33,49 Сокольский – 35,8 Великоустюгский – 48,51	Вологодский – 12,84 Череповецкий – 17,60 Грязовецкий – 18,59 Устюженский – 24,96 г. Вологда – 25,57

* Индекс «стоимость – эффективность», Т, руб. на 1000 чел.-лет. Направления стрелок – в сторону увеличения значений индекса, что показывает снижение показателя эффективности.

Сравнение результатов оценки за шестилетний период (с 2003 по 2008 г.) дало возможность выявить районы, демонстрирующие стабильность показателей затрат и демографических потерь по основным классам заболеваний во временном срезе. Количество муниципальных образований, показывающих устойчивые во времени результаты (они названы индикативными), является незначительным (по 1 – 3 в группе).

Таблица 36 отражает статус индикативных районов в каждом году исследуемого периода, предоставляя возможность оценки постоянства и преимущества рассматриваемых показателей.

Таблица 36. Группировка муниципальных образований Вологодской области по показателям затрат и демографических потерь (2003 – 2008 гг.)

Муниципальные районы и города	2003 г.	2004 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.
Высокие затраты – высокие потери						
Междуреченский						
Бабаевский						
Высокие затраты – низкие потери						
Великоустюгский						
г. Череповец						
Сокольский						
Тарногский						
Низкие затраты – высокие потери						
Никольский						
Вытегорский						
Грязовецкий						
Кадуйский						
Низкие затраты – низкие потери						
Вологодский						
Тотемский						
г. Вологда						
Бабушкинский						
Примечание. 1. Заливкой обозначено присутствие муниципального образования в данной группе «затраты – потери». 2. Представлены только индикативные районы, демонстрирующие устойчивые показатели затрат и социальных потерь в течение пятилетнего периода (не менее трёх лет).						

Выявление причин позиционной неустойчивости ряда муниципальных образований по показателям эффективности

здравоохранения требует дальнейшего изучения социально-экономической ситуации в каждом из них. Однако достаточно устойчивые в ряде районов характеристики затрат на здравоохранение и демографических потерь в связи с преждевременной смертностью населения позволяют предположить, что подробный и предметный анализ социально-экономической ситуации и уровня эффективности здравоохранения в этих территориях может претендовать на научную объективность и достоверность.

Для выявления территорий, демонстрирующих наибольший уровень отклонения от среднеобластных показателей затрат и социальных потерь, используется либо аналитическая таблица (табл. 37), либо диаграмма рассеяния (рис. 28).

Таблица 37. Типологическая матрица муниципальных образований Вологодской области по показателям расходов на здравоохранение и демографических потерь за период 2003 – 2008 гг.

		Затраты	
		<i>Высокие</i>	<i>Низкие</i>
Социальные потери (ПТФЖ)	Высокие	–	Никольский Вытегорский
		Междуреченский	Грязовецкий Кадуйский
		Бабаевский	–
	Низкие	–	–
		Великоустюгский г. Череповец	Вологодский Тотемский г. Вологда
		Сокольский Тарногский	Бабушкинский
		Район входил в данную группу 5 лет.	
		Район входил в данную группу 4 года.	
		Район входил в данную группу 3 года.	

Результаты анализа, проведённого с помощью описываемого инструментария, дают основание выделить следующие проблемы распределения и эффективного расходования средств в региональной системе здравоохранения.

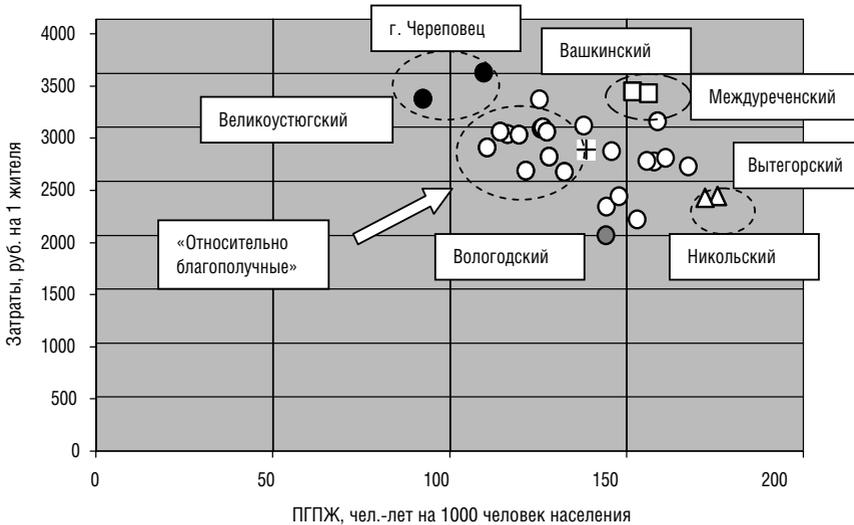


Рис. 28. **Диаграмма рассеяния муниципальных образований Вологодской области по затратам на здравоохранение и демографическим потерям в ПГПЖ** (по данным, усреднённым за период с 2003 по 2008 г.)

Примечание. «+» – средний уровень показателей в области.

1. Ряд муниципальных образований Вологодской области (прежде всего Междуреченский и Вашкинский районы) характеризуются высокими на среднеобластном фоне показателями затрат на здравоохранение в сочетании со значительными потерями от преждевременной смертности.

Наибольшие в регионе демографические потери от преждевременной смертности населения и подушевые затраты на здравоохранение имеют место в Междуреченском районе. Масштабы бюджетных расходов, понесённых в районе в рамках стационарного звена медицинской помощи (в относительном выражении), превысили аналогичный показатель для крупнейшего в регионе города Череповца почти в два раза. Таким образом, хотя Междуреченский район является одним из самых малочисленных в области, в нём функционируют центральная районная и участковые больницы, содержатся все основные медицинские службы

и расходы на душу населения оказываются очень высокими на общеобластном фоне. Однако подобная ситуация должна трактоваться как неблагоприятная, поскольку в этом районе высокие показатели преждевременной смертности населения. Следовательно, высокие затраты на здравоохранение не являются залогом демографического благополучия территории, так как реализуются нецелевым образом и с преобладанием затратных форм оказания медицинской помощи.

2. Великоустюгский район и г. Череповец вошли в группу муниципальных образований «высокие затраты – низкие потери». Наблюдаемые здесь высокие относительные затраты на здравоохранение отражают сложившийся уровень технической оснащённости ЛПУ дорогостоящим медицинским оборудованием, крупным коечным фондом, что также требует проведения реструктуризации медицинской сети, внедрения в медицинскую практику малозатратных, стационарозамещающих технологий.

3. Никольский, Вытегорский и Грязовецкий районы имеют высокие потери от преждевременной смертности на фоне низких показателей подушевых затрат на здравоохранение, поэтому уровень финансирования медицинских служб в данных районах должен быть повышен или расширена практика оказания медицинской помощи населению на базе межрайонных центров (например, Тотемская ЦРБ). Данные муниципальные образования требуют особого внимания в процессе принятия управленческих решений, поскольку проблемы с недофинансированием здесь дополняются неблагоприятными демографическими тенденциями.

Муниципальные образования, демонстрирующие приближенный к среднеобластному показателю уровень расходов на здравоохранение, но незначительные (ниже среднеобластного) показатели преждевременной смертности населения, оцениваются как «относительно благополучные».

В соответствии с приведённым алгоритмом оценка затрат и демографических потерь проводится и в разрезе основных групп заболеваний.

Анализ расходов на оказание медицинской помощи в разрезе классов заболеваний позволил выявить конкретные болезни, обуславливающие наибольшие демографические и финансовые потери в регионе (это травмы, отравления и другие последствия воздействия внешних причин; болезни органов кровообращения; болезни органов пищеварения, среди которых первую позицию занимают болезни, имеющие алкогольную природу), и болезни, затраты на профилактику и лечение которых недостаточны (новообразования, в течение всего анализируемого периода входившие в категорию «низкие затраты – высокие потери») (табл. 38).

Таблица 38. **Типологическая матрица групп заболеваний в Вологодской области по показателям затрат и демографических потерь (2008 г.)**

		Затраты	
		<i>Высокие</i>	<i>Низкие</i>
Социальные потери (ППЖ)	<i>Высокие</i>	Болезни органов пищеварения – 23,71* Болезни системы кровообращения – 13,71 Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин – 5,85	Новообразования – 16,15
	<i>Низкие</i>	Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде – 57,22 Болезни органов дыхания – 97,63 Некоторые инфекционные и паразитарные болезни – 155,86 Болезни костно-мышечной системы – 709,84 Психические расстройства и расстройства поведения – 1 094,30 Беременность, роды и послеродовой период – 4119,35	Симптомы, отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях – 7,46 Врожденные аномалии, деформации и хромосомные нарушения – 11,64 Болезни нервной системы – 58,94 Болезни эндокринной системы, расстройства питания, нарушения обмена веществ – 69,15 Болезни крови, кроветворных органов, нарушения, вовлекающие иммунный механизм – 194,75 Болезни мочеполовой системы – 241,03 Болезни кожи и подкожной клетчатки – 637,13 Болезни уха и сосцевидного отростка – 3 721,45

*Значение технического индекса «стоимость – эффективность», руб. на 1000 чел.-лет.

И хотя иерархическая структура смертности от заболеваний является характерной и типичной для большинства муниципалитетов региона, вклад той или иной причины смерти в общий объём демографических потерь может существенно колебаться в разрезе территорий. Последнее говорит о необходимости активизации профилактической работы по обозначенным направлениям деятельности и совершенствованию механизмов оказания неотложной медицинской помощи пострадавшим, особенно в тех муниципальных образованиях, где такая потребность оценивается как остро необходимая.

Анализ «затраты – потери», объединяющий результаты оценки за период с 2003 по 2008 г., позволяет выявить наиболее проблемные группы заболеваний, демонстрирующие устойчивые показатели затрат и вызываемых ими потерь от преждевременной смертности (табл. 39).

Таким образом, возможности для оценок с применением предлагаемого механизма широки, поскольку позволяют выявить конкретные факторы риска – те причины смертности, которые обуславливают наибольший вклад в сумму расходов на здравоохранение и в социальные потери общества от преждевременной смертности.

Одной из важнейших качественных особенностей данного методологического подхода является то, что результаты оценки могут интерпретироваться с позиций межотраслевого подхода к здравоохранительной политике. Например, данные о высокой смертности от производственных травм или дорожно-транспортных происшествий в конкретном муниципальном образовании служат обоснованием необходимости принятия мер по совершенствованию условий производственного процесса, ремонту дорожно-транспортных путей на данной территории. Если из результатов оценки следует вывод о недостаточном финансовом обеспечении объекта анализа, то дополнительные

Таблица 39. **Типологическая матрица классов заболеваний по показателям расходов на здравоохранение и демографических потерь в период 2003 – 2008 гг.**

		Затраты		
		<i>Высокие</i>	<i>Низкие</i>	
Социальные потери (ППЖ)	<i>Высокие</i>	Болезни органов пищеварения Болезни системы кровообращения Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	–	
		–	Новообразования	
		–	–	
		<i>Низкие</i>	Некоторые инфекционные и паразитарные болезни Психические расстройства и расстройства поведения	Болезни кожи и подкожной клетчатки Симптомы, отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях Болезни крови, кроветворных органов, нарушения, вовлекающие иммунный механизм Болезни эндокринной системы, расстройства питания, нарушения обмена веществ Болезни нервной системы Врожденные аномалии, деформации и хромосомные нарушения Болезни уха и сосцевидного отростка Болезни глаза и его придаточного аппарата
			Беременность, роды и послеродовой период Болезни костно-мышечной системы	Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде
	–		Болезни мочеполовой системы	
	–		–	
	Примечание.			
			Класс входил в данную группу 5 лет	
			Класс входил в группу 4 года	
		Класс входил в группу 3 года		

ресурсы будут направляться не только в систему здравоохранения, но и в систему образования, культуры, производственную сферу, в зависимости от того, какие мероприятия дадут максимальный эффект по предупреждению или снижению преждевременной смертности.

Использование предложенного механизма в режиме мониторинга позволит повысить научную обоснованность принятия управленческих решений. Результаты экономического анализа могут найти применение на всех основных этапах проведения региональной здравоохранительной политики: при её формировании – как основа для определения приоритетов

финансирования здравоохранения; в процессе её принятия – как доказательство объективности выдвигаемых финансовых требований; при реализации – для разработки конкретных мероприятий; наконец, инструментарий анализа «затраты – потери» может быть использован для оценки достигнутых результатов, то есть организации механизма обратной связи (рис. 29).

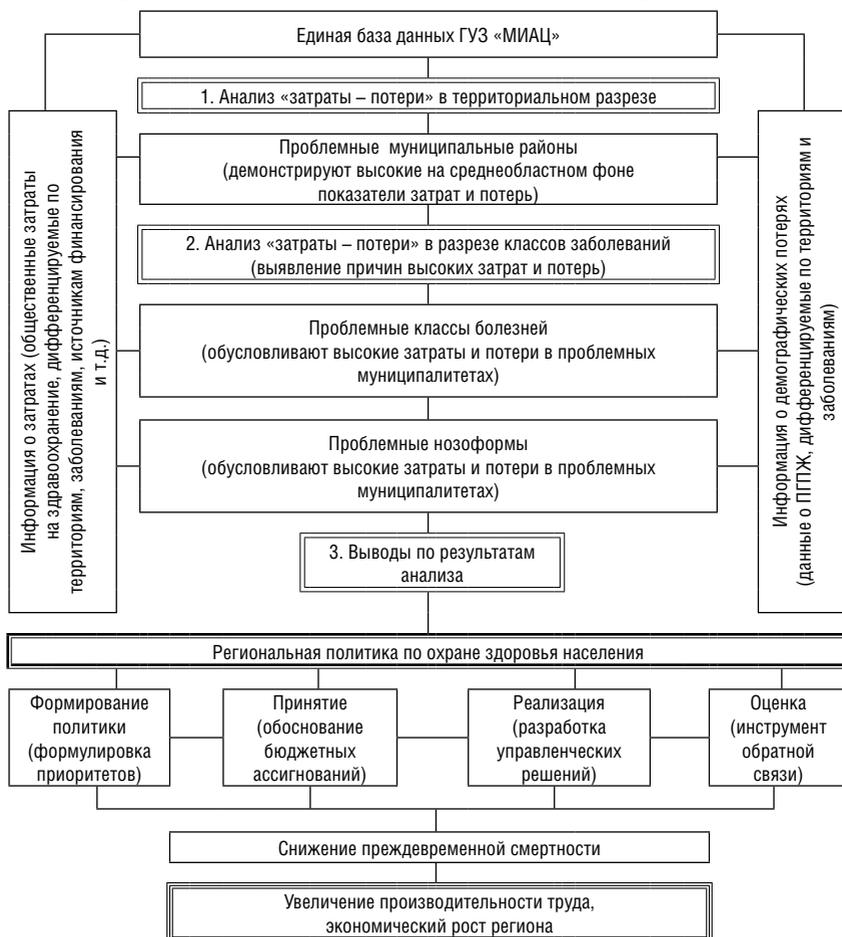


Рис. 29. Системная диаграмма экономического анализа «затраты – потери» в контексте региональной политики охраны здоровья населения

Примечание. ГУЗ МИАЦ – Государственное учреждение здравоохранения «Медицинский информационно-аналитический центр»; ПГПЖ – потерянные годы потенциальной жизни.

Основным итогом внедрения нового механизма в управлении здравоохранением Вологодской области стала организация единой системы мониторинга регионального здравоохранения, включая процессы планирования и реализации плановых инициатив, оценку результата на основе многолетнего информационного массива (рис. 30).

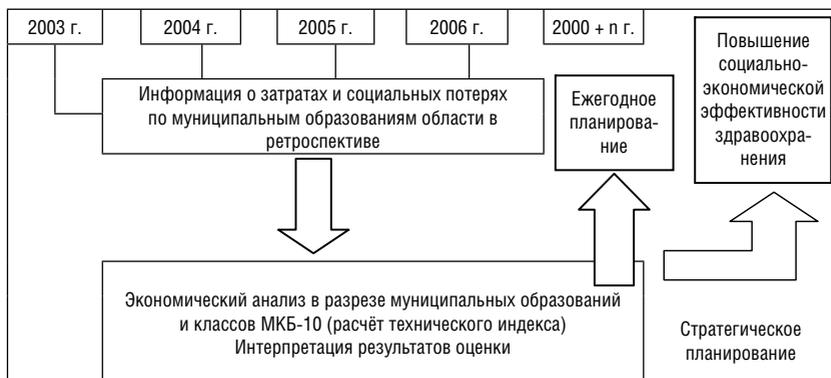


Рис. 30. Схема управленческой деятельности в региональном здравоохранении

Долгосрочная практика мониторинга результатов экономического анализа, предоставляющего информацию о затратах, потерях (ППЖ) по отдельным территориям, причинам смерти и частным диагнозам, позволяет с достаточной долей достоверности и научной обоснованности отслеживать и оценивать ситуацию с эффективностью затрат на здравоохранение в муниципальных образованиях региона. Особое внимание при этом уделяется тем районам области, которые проявляют негативные тенденции в показателях затрат на здравоохранение и социальных потерь вследствие преждевременной смертности среди населения в многолетнем временном контексте.

Включение показателей эффективности здравоохранения, полученных на базе результатов экономического анализа «затраты – потери», в повседневную практику государственного управления открывает широкие возможности для перехода к

качественно новому подходу к реализации региональной политики охраны здоровья населения и оценке её результатов, опирающемуся на реальный ориентир здравоохранительной политики – состояние здоровья жителей региона.

Внедрение результатов анализа затрат и социальных потерь, проведённого в соответствии с представленным алгоритмом, в практическую деятельность здравоохранения на сегодняшний день позволило:

1. Повысить уровень целеполагания и обоснованности управленческих решений в здравоохранении.

Выводы, полученные в ходе исследования, использовались при обсуждении проектов бюджета и финансирования целевых программ с областным департаментом финансов, в результате чего достигнут ежегодный устойчивый рост финансирования здравоохранения, составивший за период с 2003 по 2008 г. 2,7 раза. Если ранее рекомендации по увеличению финансирования звучали как волонтаристские, опирающиеся лишь на субъективное мнение чиновников, то сегодня объективная информация становится весомым аргументом в пользу дополнительного привлечения бюджетных средств к нуждам здравоохранения. Тем самым была обоснована необходимость принятия ряда целевых программ по ключевым направлениям здравоохранительной деятельности (туберкулез, артериальная гипертензия, анти-ВИЧ/СПИД, сахарный диабет).

2. Выявить классы болезней и отдельные заболевания, смертность от которых приносит наибольший социально-экономический ущерб.

Причинами высоких демографических и финансовых потерь в регионе являются травмы, отравления и другие последствия воздействия внешних причин (в рамках этого класса – следующие нозологические единицы: асфиксия, токсическое действие

алкоголя, переломы костей черепа и др.); заболевания сердечно-сосудистой системы (в частности, хроническая ишемическая болезнь сердца, кардиомиопатия, внутримозговое кровоизлияние, инфаркт миокарда); заболевания органов пищеварения (фиброз и цирроз печени, алкогольная болезнь печени, токсическое поражение печени). И хотя иерархическая структура смертности от заболеваний типична для большинства муниципалитетов региона, вклад той или иной причины смерти в общий объём демографических потерь может существенно колебаться в разрезе территорий, что даёт возможность «дифференцировать» управленческие решения по отдельным муниципалитетам, выявляя специфические для них условия и факторы риска.

3. Проводить работу по реструктуризации коечной сети и развитию дневных стационаров при формировании государственного и муниципального заказов на предоставление медицинских услуг.

Полученные результаты используются департаментом здравоохранения в процессе сотрудничества с органами местного самоуправления при обосновании реструктуризации коечного фонда и создания межрайонных центров – узлов оказания медицинской помощи: в 2008 году проведена концентрация коек инфекционного и акушерского профилей в Сокольском районе для Харовского, Вожегодского и Усть-Кубинского районов, в 2009 году – концентрация коек хирургического и педиатрического профиля в Тотемском районе для обслуживания жителей соседнего Бабушкинского района. Может сложиться впечатление, что между выводами и практическими мерами существует противоречие: в ходе анализа выявляются затратные единицы и в то же время создаются межрайонные центры, области локализации и концентрации ресурсов, что автоматически приводит к «удорожанию» медицинской помощи в них. Это противоречие во многом кажущееся, поскольку массивные коечные мощности

как таковые имеют гораздо меньшую результативность, чем меньшие масштабы коечных фондов, но оснащённые современной техникой и квалифицированными кадрами.

Междуреченский и Великоустюгский районы, а также г. Череповец демонстрируют самые высокие в регионе показатели расходов на здравоохранение. Это обусловлено затратностью созданных в них коечных фондов (здесь работает так называемый закон Рёмера: расширение коечного фонда приводит к росту масштабов госпитализации, так как возникнет необходимость заполнить созданные койки). На основе полученных выводов были приняты меры по реструктуризации стационарной помощи, в результате чего за период с 2008 по 2010 г. коечные ёмкости муниципальных учреждений здравоохранения снизились: в Великоустюгском районе – на 23%, в Междуреченском – на 18%, в г. Череповце – на 22%. Параллельно с сокращением количества коек активно развивались приёмно-диагностические отделения и дневные стационары, позволяющие оказывать медицинские услуги должного качества в амбулаторных условиях и тем самым достигать значительного экономического эффекта.

4. Обосновывать необходимость инвестиций в развитие здравоохранения по тем службам, которые отвечают за профилактику и лечение наиболее «проблемных» заболеваний.

За шесть лет (с 2003 по 2008 г.) были расширены штаты областного Центра медпрофилактики, развернуты его филиалы во всех муниципальных районах. Кроме того, увеличены штаты и расширена функциональная сфера центра ВИЧ/СПИД, организован оргметодкабинет на базе областной инфекционной больницы. Вложены значительные инвестиции в строительство и оснащение радиологического корпуса областного онкодиспансера (596 млн. рублей), который начал работать с июня 2009 года. Повысилась доступность данного вида помощи и, как

показывают исследования, расходы на неё, которые ранее были недостаточными. За счёт организации трехуровневой системы оказания медицинских услуг беременным и роженицам удалось снизить практически в два раза младенческую смертность. На основе данных о высокой смертности людей от дорожно-транспортных происшествий на трассе «Вологда – Сокол» было принято решение о создании двух травматологических центров на базе Вологодской областной и Сокольской городской больниц. Это позволит оказывать эффективную помощь тем, кто получил множественные травмы, и доставлять пострадавших в стационар в течение «золотого часа».

Результаты экономического анализа по представленной схеме используются для обоснования приоритетов финансирования в рамках отрасли и определения наиболее приемлемых вариантов вложения средств в обеспечение деятельности по охране и укреплению общественного здоровья. Реализация и тиражирование рассмотренной методики оценки эффективности здравоохранения в масштабах области обеспечивает повышение эффективности расходов на охрану здоровья населения и прозрачности процесса управления и планирования в региональном здравоохранении. Кроме того, наличие и широкая доступность статистической отчетности о смертности среди населения России делает описанный методологический подход оценки эффективности здравоохранительной политики применимым и в других регионах.

3.3. Совершенствование механизма подушевого финансирования в здравоохранении

Среди недостатков финансирования системы здравоохранения Вологодской области особое значение имеют невалидность и территориальное неравенство населения в возможностях получения бесплатной медицинской помощи, поскольку они

обуславливают низкую экономическую эффективность здравоохранения и не ориентированы на ожидания и потребности населения.

Совершенствование механизмов финансирования здравоохранения подразумевает внедрение передовых методов оплаты медицинской помощи, отражение реального спроса на медицинскую помощь со стороны населения с использованием соответствующих экономических инструментов, объединение финансовых средств преимущественно в централизованном источнике и пр.

Универсальным способом снижения территориального неравенства населения и невалидности системы финансирования здравоохранения является внедрение эффективных методов оплаты медицинской помощи, основанных на перспективном сценарии распределения финансовых ресурсов.

Согласно концепции карьеры здоровья, уровень потребности в медицинской помощи в течение жизни человека существенно изменяется. Кроме того, на него влияют и другие социально-биологические факторы (возраст, пол, исходное состояние здоровья, род деятельности, место проживания и т.д.). Наиболее существенной среди объективных характеристик населения территории является его половозрастной состав. Для того чтобы максимально учесть половозрастные особенности населения региона (муниципалитета) по указанным признакам, необходимо количественно оценить их влияние в рамках той или иной территории, то есть провести анализ потребности в медицинских услугах в разрезе отдельных половозрастных групп на основе ретроспективной информации о затратах [57; 63]. Эта оценка состоит из двух основных этапов: 1) расчёт половозрастных коэффициентов в разрезе половозрастных групп населения всего региона (данные показатели характеризуются устойчивостью во времени и не требуют ежегодного

пересчёта) и 2) основанный на их использовании расчёт локальных (характерных для отдельных муниципальных образований) половозрастных коэффициентов (эти показатели при практическом использовании пересчитываются регулярно, как правило, раз в 3 – 4 года)¹⁸.

1. Расчёт половозрастных поправочных коэффициентов для региона в целом.

Для организации эффективной модели финансирования, ориентированной на объективную ситуацию с потребностью граждан территории в медицинских услугах, применяется подушевая формула. Это утвержденная нормативными документами методика распределения финансовых средств здравоохранения между контингентами населения, основанная на подробном персонафицированном численном описании этих контингентов и коэффициентах, базирующихся на исторической статистике. Как математическая модель, подушевая формула отражает зависимость масштабов финансирования конкретной социальной группы от объективных характеристик её членов (параметров подушевой формулы), объединяя коэффициенты (тарификационные переменные), отражающие эти характеристики. В качестве тарификационных переменных в здравоохранении используются коэффициенты половозрастных затрат и предыдущих расходов.

Коэффициент половозрастных затрат (коэффициент стоимости потребления медицинской помощи половозрастными группами) рассчитывается через отношение среднеобластных расходов на члена данной половозрастной группы к средним расходам на жителя области и отражает степень отклонения уровня затрат на одного представителя данной когорты от уровня подушевых затрат в регионе:

¹⁸ Для расчётов использовались данные о фактических расходах на оказание медицинской помощи в разрезе муниципальных образований области и половозрастных групп населения, предоставленные ТФ ОМС.

$$K_{неi} = \frac{C_i}{C_{обл.}}$$

где $K_{неi}$ – коэффициент половозрастных затрат для i -й половозрастной группы; C_i – стоимость медицинской помощи на 1 члена i -й половозрастной группы, $C_{обл.}$ – стоимость медицинской помощи на 1 жителя области.

Как показывают рассчитанные на основе данных по Вологодской области коэффициенты, наибольшие затраты на медицинскую помощь в регионе приходится на мужское население в возрасте от двух до четырёх лет, а также на пожилых людей (рис. 31).

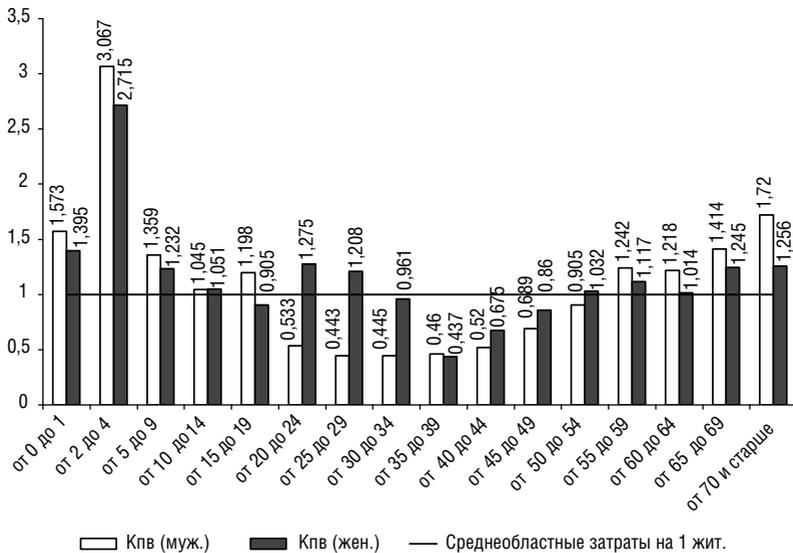


Рис. 31. Коэффициенты стоимости потребления медицинской помощи половозрастными группами населения (КПВ) Вологодской области

Расходы на оказание медицинской помощи женщинам, начиная с 15-летнего «рубежа», устойчиво превышают их уровень для мужчин, причём для возрастной когорты от 25 до 29 лет разброс в показателях расходов достигает наибольшего

значения – 2,7 раза (от 0,443 для мужчин до 1,208 для женщин)¹⁹. Последнее объясняется тем, что данный возрастной отрезок – это период наибольшей репродуктивной активности женщин, требующий получения необходимых медицинских услуг в около-родовом периоде и при родах.

Более высокую по сравнению с мужчинами потребность женщин в медицинских услугах можно мотивировать преимущественно психологическими и физиологическими различиями. Женщины, как правило, оценивают своё здоровье ниже, чем мужчины, и более внимательно к нему относятся, поэтому чаще обращаются в медицинские учреждения. Результаты социологических опросов, проведённых ИСЭРТ РАН в Вологодской области в 2007 г., могут служить иллюстрацией приведённых свидетельств. Отвечая на вопрос: «Как часто Вам приходится обращаться за медицинской помощью в связи с состоянием Вашего здоровья?», около 7% женщин, проживающих в регионе, ответили «Ежемесячно» (против 5% среди мужчин), 18% – «Один раз в два-три месяца» (для мужчин – 11%), 29% – «Один раз в полгода» (22% среди мужчин). Вместе с тем 9% жительниц области признались, что практически не обращаются в медицинские учреждения, тогда как количество мужчин, высказавших аналогичную позицию, оказалось существенно больше – 15%. Таким образом, более высокая потребность женщин в медицинских услугах, чем мужчин, подтверждается и результатами анкетирования, и медицинской статистикой.

Высокий уровень расходов на медицинскую помощь для категории населения возрастом от двух до пяти лет объясняется тем, что дети в данном возрасте начинают посещать

¹⁹ Это означает, что затраты на медицинскую помощь, предоставленную в среднем одному мужчине в возрасте от 25 до 29 лет, составили 44% от расходов на среднестатистического жителя области. Расходы на медицинскую помощь женщинам данной возрастной группы превышали среднеобластной показатель на 21%.

дошкольные образовательные учреждения и попадают в новую среду, где подвергаются влиянию ряда негативных факторов, что приводит к повышенному уровню заболеваемости. В 30 – 34 летней возрастной группе можно наблюдать тенденцию роста затрат на медицинскую помощь, достигающих наибольших значения в группе 70-летнего возраста. Большой уровень потребности в медицинской помощи у пожилых людей кажется естественным, поскольку запас здоровья, полученного человеком при рождении, с возрастом амортизируется и необходимость в его поддержании и восстановлении (с помощью медицинских услуг) с годами становится всё более ощутимой.

Обращаясь к социологическим исследованиям, весьма уместно привести данные об оценке населением собственной медицинской активности. Если среди жителей Вологодской области, не достигших 30-летнего возраста, лишь около 4% заявляет о регулярном ежемесячном посещении медицинского учреждения, то среди лиц пенсионного возраста удельный вес данной категории уже превышает 14%. Среди опрошенных молодых людей доля тех, кто приходит на приём к врачу один раз в два-три месяца, составляет 10%; в группе лиц, перешагнувших пенсионный рубеж, она достигает 20%. Те же данные обнаруживают повышение медицинской активности с возрастом: 17% респондентов, относящихся к молодёжи, признались в том, что не тратят своего времени на посещение лечебных учреждений; среди пенсионеров соответствующая доля составила 10%.

Тем не менее некоторые исследователи склонны утверждать, что взаимосвязь между возрастом человека и уровнем потребления им медицинских услуг может быть преувеличенной. Так, западные учёные, исследовавшие влияние тенденции старения населения на рост затрат на здравоохранение, отмечают, что для человека заданного возраста и пола расходы на медицинское обслуживание, как правило, выше, если он является инвалидом или живет последний год своей жизни (данный

феномен именуется эффектом интервала времени до смерти). Иными словами, по сравнению с молодыми людьми пожилые требуют более высоких расходов в силу большей вероятности инвалидности и скорого наступления смерти.

Учитывая данные факты, стоит заключить, что не возраст сам по себе, а базовое состояние здоровья является причиной того, что престарелым требуется дополнительное медицинское обслуживание. Таким образом, отношение между возрастом и медицинскими расходами – косвенное: тот или иной период жизни человека связан с физиологическими, социальными, психологическими изменениями, которые требуют адаптации и повышают риск возникновения заболеваний и ухудшения здоровья.

Наиболее принципиальный в исследовании этап состоял в сравнительном анализе тенденций, сложившихся в двух системах показателей – практической, применяемой Территориальным фондом обязательного медицинского страхования Вологодской области, и полученной на основе объективных статистических данных. Реально применяемые ТФ ОМС коэффициенты стоимости потребления медицинской помощи существенно отличаются от расчётных (табл. 40).

Величины коэффициентов всех половозрастных категорий населения в сложившихся условиях финансирования значительно превышают рассчитанные и не отражают реальных потребностей жителей области в медицинской помощи.

Результаты сравнительного анализа контингентов мужского и женского населения в отдельности позволяют говорить о существенных различиях в структуре двух систем коэффициентов стоимости медицинских услуг.

Судя по данным анализа стоимости потребления медицинской помощи возрастными группами в срезе мужского населения Вологодской области, тенденции в обеих системах показателей довольно сходные (рис. 32).

Таблица 40. Коэффициенты стоимости потребления медицинской помощи половозрастными группами (2006 г.)

Возрастной интервал, лет	Применяемые ТФ ОМС		Расчётные	
	Для мужчин	Для женщин	Для мужчин	Для женщин
0 – 2	1,00	0,50	1,573	1,395
2 – 4	0,70	0,35	3,067	2,715
5 – 9	0,37	0,30	1,359	1,232
10 – 14	0,30	0,25	1,045	1,051
15 – 19	0,22	0,30	1,198	0,905
20 – 24	0,26	0,35	0,533	1,275
25 – 29	0,20	0,40	0,443	1,208
30 – 34	0,20	0,40	0,445	0,961
35 – 39	0,25	0,45	0,460	0,437
40 – 44	0,35	0,50	0,520	0,675
45 – 49	0,45	0,55	0,689	0,860
50 – 54	0,50	0,65	0,905	1,032
55 – 59	0,65	0,70	1,242	1,117
60 – 64	0,75	0,85	1,218	1,014
65 – 69	0,80	0,95	1,414	1,245
70 и старше	1,07	1,16	1,720	1,256

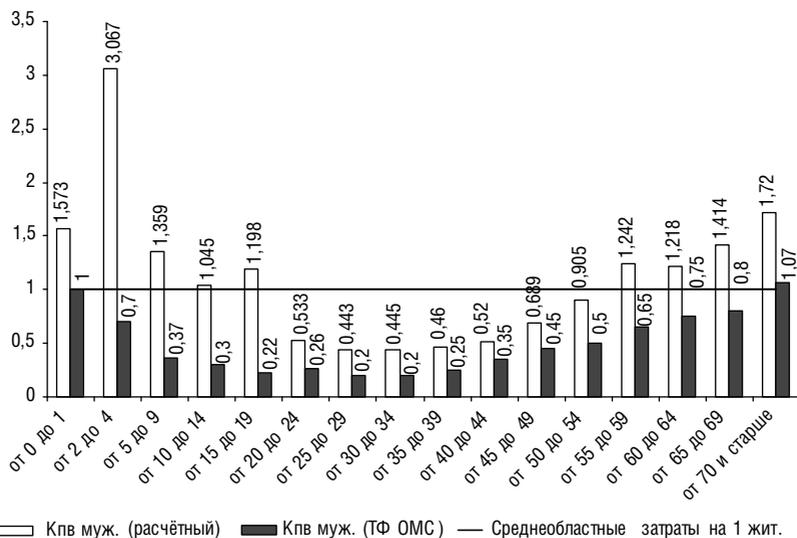


Рис. 32. Стоимость потребления медицинской помощи возрастными группами мужского пола в Вологодской области (по двум системам показателей) (2006 г.)

Так, отрицательная динамика половозрастных коэффициентов проявляется в отношении возрастной категории от 2 – 5 до 10 – 15 лет (однако масштабы снижения не одинаковы), а динамика роста характерна для групп от 20 – 25 лет и до 70 и старше, причём для возрастных контингентов от 35 – 40 лет и более наблюдается поступательный рост расходов на медицинскую помощь в обеих группах показателей.

Ярко выраженный, характерный пик затрат регионального здравоохранения, приходящийся, согласно рассчитанным коэффициентам стоимости, на возрастную группу 2 – 5 лет, отсутствуют в показателях, используемых ТФ ОМС.

В отличие от показателей мужского населения, коэффициенты стоимости потребления медицинских услуг контингентом женского населения по действующему и расчётному вариантам меньше согласуются друг с другом (рис. 33).

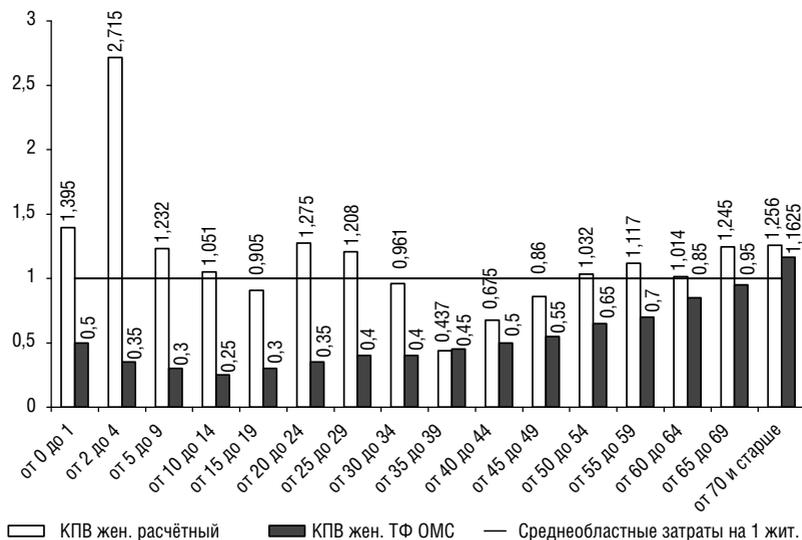


Рис. 33. Стоимость потребления медицинской помощи возрастными группами женского пола в Вологодской области (по двум системам показателей) (2006 г.)

Так, возрастные группы женщин от 0 – 2 до 35 – 40 лет демонстрируют различные направленности процесса, практически не содержащие сходных черт. В точке 35 – 40 лет наблюдается единственное абсолютное совпадение показателей, причём данная точка пересечения является началом сходных тенденций роста затрат ОМС как в реально применяемой, так и расчётной системе показателей. Наибольший разброс в значениях двух групп коэффициентов имеет место для возрастных категорий 2 – 5 и 20 – 30 лет, что свидетельствует о недостаточном учёте потребностей в медицинской помощи указанных групп населения в современных условиях финансирования.

Приведённые коэффициенты характеризуют половозрастные различия в потреблении медицинской помощи различными половозрастными группами и могут быть использованы для расчёта её планируемых объёмов в условиях подушевого финансирования. Для этого используется механизм вычисления территориальных муниципальных поправок к среднеобластному подушевому нормативу.

Расчёт половозрастных поправочных коэффициентов для отдельных муниципальных районов и городских округов.

Для того чтобы в процессе финансового обеспечения здравоохранения можно было учитывать демографическую специфику отдельных районов области, необходимо рассчитывать и применять коэффициент половозрастных затрат ($K_{лв}$) по муниципальным образованиям. Он отражает демографический состав жителей конкретного района, охваченных медицинскими организациями, а также зависимость средних затрат на человека от его принадлежности к той или иной половозрастной группе. Значение $K_{лв}$ показывает, во сколько раз потребность населения отдельного муниципального образования в медицинской помощи выше, чем в среднем по территории региона. Коэффициент половозрастных затрат для муниципальных образований рассчитывается по формуле:

$$K_{\text{пв}} = \frac{\sum_i K_{\text{пв}i} \times \text{ЧЗ}_i}{\text{ЧЗО}} = \frac{K_{\text{пв}1} \times \text{ЧЗ}_1 + K_{\text{пв}2} \times \text{ЧЗ}_2 + \dots}{\text{ЧЗО}},$$

где $K_{\text{пв}i}$ – коэффициент половозрастных затрат для i -й половозрастной группы²⁰; ЧЗ_i – численность граждан, принадлежащих к соответствующей группе; ЧЗО – общая численность граждан.

В целях избежания попыток целенаправленного повышения расходов в одном году для получения большего финансирования в следующем применяются коэффициенты предыдущих расходов ($K_{\text{пв}}$) муниципальных образований. Для их вычисления используются статистические данные, усреднённые за несколько лет (согласно требованиям – за 3-5 лет). Расчёт производится по следующей формуле:

$$K_{\text{пв}} = \frac{C_{\text{РМО}}}{C_{\text{РСФ}}} \times \frac{\text{ЧН}_{\text{СФ}}}{\text{ЧН}_{\text{МО}}},$$

где $C_{\text{РМО}}$ – среднегодовые расходы в муниципальном образовании; $C_{\text{РСФ}}$ – среднегодовые расходы в субъекте федерации, регионе; $\text{ЧН}_{\text{СФ}}$ – численность населения в субъекте федерации, регионе; $\text{ЧН}_{\text{МО}}$ – численность населения в муниципальном образовании.

Полученные коэффициенты (табл. 40), включённые в подушевую формулу, могут использоваться для корректировки финансовых потоков средств ОМС и средств бюджетов для муниципальных образований региона, что обеспечит распределение средств на основе принципов большей эффективности и социальной справедливости в условиях действия принципов предварительной оплаты медицинской помощи.

Важно отметить, что принцип фондодержания, в соответствии с которым первичное звено медицинской помощи берёт на себя обязательства планирования и распределения ресурсов, и который традиционно является одним из атрибутов подушевого финансирования, сегодня находит всё меньше поддержки

²⁰ Коэффициент половозрастных затрат для половозрастных групп населения (он же – коэффициент стоимости потребления медицинской помощи половозрастными группами) для Вологодской области приведен выше.

и, как правило, исключается из практики. В результате остаётся одно неоспоримое практическое преимущество капитации как метода оплаты медицинской помощи – дифференцированный характер финансирования с опорой на объективные потребности различных категорий населения (половозрастных групп, здоровых и инвалидов, молодых и пожилых) и различных территорий в медицинских услугах. При адекватном методическом обеспечении метод финансирования по подушевой формуле является наиболее передовым и эффективным.

Переход здравоохранения Вологодской области к подушевому финансированию был осуществлён в 2009 г., однако ещё рано говорить о результатах. Позитивные сдвиги, которые видятся представителями власти в сокращении уровня госпитализации и количества направлений к узким специалистам, не могут быть удовлетворительными итогами преобразований. Важно, чтобы формальные ориентиры, касающиеся экономии финансов и сокращения коечных фондов, не перекрыли истинные задачи системы здравоохранения: удовлетворение потребностей граждан в получении качественных медицинских услуг, повышение социально-экономической эффективности отрасли и содействие социально-экономическому развитию региона и страны.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В настоящей книге проанализировано состояние и перспективы развития современной системы здравоохранения Вологодской области в контексте общего социально-экономического развития региона, разработаны и научно обоснованы меры по совершенствованию организационно-экономических механизмов управления региональной системой здравоохранения.

Комплексность данного исследования обеспечивало использование экономического и социологического подходов, информационных ресурсов как ведомственной статистики, так и международных экспертных организаций (ВОЗ, Мировой банк реконструкции и развития), а также трудов отечественных и зарубежных учёных.

Проведённое исследование позволяет сделать обобщения теоретического и практического характера.

1. На основе общей теории систем и концепции основного и вспомогательного производств доказано, что здравоохранение является подсистемой второго порядка общей социально-экономической системы региона. Исходя из положений теории человеческого капитала (модель М. Гроссмана) можно констатировать, что медицинские услуги, производимые в здравоохранении и потребляемые населением территории для восстановления здоровья как производственного ресурса, служат средством повышения производительности труда.

2. Ключевыми организационно-экономическими факторами управления региональной системой здравоохранения являются следующие: структурная организация региональной

системы здравоохранения, особенности финансирования, практика оценки эффективности здравоохранения, связи с прочими уровнями управленческой иерархии, связи с другими отраслями и ведомствами в контексте межотраслевого сотрудничества в решении проблем общественного здоровья и здравоохранения региона.

Исходя из анализа современного состояния данных факторов выделены главные проблемы регионального здравоохранения:

- структурная несбалансированность с опорой на малоэффективное стационарное звено медицинской помощи;
- территориальное неравенство населения в праве на получение медицинской помощи;
- неэффективные механизмы оплаты медицинской помощи;
- многоканальная система финансирования;
- нарастающая коммерциализация здравоохранения;
- слабое конструктивное взаимодействие здравоохранения с другими отраслями региональной экономики.

Решение этих проблем требует проведения сбалансированной и продуманной политики по реструктуризации сети медицинских учреждений, регулированию организационно-экономических факторов управления региональной системой здравоохранения.

3. На базе апробированного нами методологического подхода осуществлена типологизация муниципальных образований Вологодской области по группам проблем. В частности, выявлены муниципальные районы, где отмечаются высокие на среднеобластном фоне показатели и затрат на здравоохранение, и преждевременной смертности и, следовательно, необходимо повышение эффективности освоения финансовых средств. В других муниципальных образованиях имеет место высокий

уровень смертности на фоне недофинансирования здравоохранения, что требует увеличения бюджетных субвенций на нужды здравоохранения. Использованный методологический подход может быть применен для организации системы мониторинга эффективности региональной здравоохранительной политики.

4. Заболеваемость и смертность населения обуславливают существенные экономические потери в регионе. В 2003 г. размер упущенной выгоды от преждевременной смертности населения составил 14% от ВРП, в 2008 г. – 22%, в 2009 г. – 21%. Самый высокий уровень экономических потерь наблюдается в Никольском и Бабаевском муниципальных районах.

Преждевременную смертность населения и, следовательно, экономический ущерб Вологодской области в наибольшей степени определяют *внешние причины*, в первую очередь асфиксия, алкогольные отравления и черепно-мозговые травмы, а также *заболевания сердца* (ключевые нозологические единицы: ишемическая болезнь сердца, кардиомиопатия), в сумме обусловившие 60% всех экономических потерь региона от преждевременной смертности.

5. Нами сформулирован ряд практических рекомендаций по регулированию организационно-экономических факторов управления региональным здравоохранением:

- реструктуризация медицинской помощи должна проводиться параллельно с процессом модернизации здравоохранения, состоящим в технологическом оснащении и кадровом обеспечении медицинских служб и активном внедрении компенсаторных механизмов (дневных стационаров, центров амбулаторной хирургии, диагностических и консультативных служб);

- территориальное неравенство населения региона в обеспечении прав на получение медицинской помощи может нивелироваться с помощью применения передовых механизмов оплаты медицинской помощи, в частности капитации;

– рассчитаны поправочные половозрастные коэффициенты, объективно отражающие половозрастную структуру населения региона, рекомендованные региональным органам власти для применения в процессе планирования расходов, что позволит повысить эффективность распределения средств между территориями.

На базе положений теории интерфейсов предложены основные направления совершенствования структурной организации медицинской помощи с использованием принципов системного и сетевого подходов, среди которых:

– формирование практики постгоспитальной реабилитации пациентов в условиях дневного стационара (за счёт сокращения сроков госпитализации);

– распространение практики оказания хирургической помощи в центрах амбулаторной хирургии;

– расширение использования малозатратных форм оказания медицинской помощи на базе амбулаторно-поликлинических учреждений.

В книге показано, что существующая и функционирующая в регионе модель финансирования здравоохранения не удовлетворяет требованиям экономической эффективности и социальной справедливости. На основе анализа статистической базы здравоохранения нами были рассчитаны коэффициенты стоимости потребления медицинской помощи населением в разрезе половозрастных групп. Результаты расчётов используются в качестве методологической базы для внедрения принципов подушевого финансирования в деятельность здравоохранения региона.

ЛИТЕРАТУРА

1. Берто, М. Самая лучшая система здравоохранения? / М. Берто // Управление здравоохранением. – 2004. – № 13. – С. 34-45.
2. Государственный доклад о состоянии здоровья населения Российской Федерации в 2003 г. // Здравоохранение Российской Федерации. – 2005. – № 6. – С. 23.
3. Гранберг, А.Г. Основы региональной экономики / А.Г. Гранберг. – М.: ГУ ВШЭ, 2000. – 496 с.
4. Григорьева, Н.С. Гражданин и общество в контексте реформ здравоохранения / Н.С. Григорьева // Управление здравоохранением. – 2004. – № 4. – С. 12-23.
5. Доклад о состоянии здравоохранения в Европе / Европейское региональное бюро ВОЗ. – Копенгаген, 2002. – 157 с.
6. Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2008 г. Первичная медико-санитарная помощь сегодня актуальнее, чем когда-либо. – Женева: ВОЗ, 2008. – 152 с.
7. Дуганов, М.Д. Оценка эффективности расходов на здравоохранение на региональном и муниципальном уровнях. – М.: ИЭПП, 2007. – 192 с.
8. Европейская база данных ВОЗ «Здоровье для всех» [Электронный ресурс]. – URL: <http://www.euro.who.int/hfadb?language=Russian> (дата обращения 14.08.2010).
9. Ермаков, С.П. Финансовый макроанализ в здравоохранении: рекомендации для использования на региональном и муниципальном уровнях / С.П. Ермаков, М.Д. Дуганов, А.Н. Макеев. – М., 2000. – 96 с.
10. Здравоохранение в России: стат. сб. / Росстат. – М., 1998, 2007, 2008, 2009. – 200 с.
11. Информационный ресурс «Консультант+».
12. Калашников, К.Н. Здравоохранение и экономика региона / К.Н. Калашников // Проблемы развития территории. – 2011. – № 1(53). – С. 75-82.
13. Калашников, К.Н. Оценка эффективности расходов на здравоохранение: опыт Вологодской области / М.Д. Дуганов, А.А. Шабунова, К.Н. Калашников // Регион: экономика и социология. – 2010. – № 3. – С. 201-218.
14. Калашников, К.Н. Подушевое финансирование в здравоохранении: вопросы практической реализации / К.Н. Калашников, М.Д. Дуганов, А.А. Шабунова // Вестник ИНЖЭКОНа. – 2009. – № 7 (34). – С. 95-100.

15. Калашников, К.Н. Развитие стационарозамещающих технологий в здравоохранении Вологодской области / К.Н. Калашников // Проблемы функционирования и развития территориальных социально-экономических систем: сборник матер. Второй всерос. науч.-практ. конф. – Уфа, 2008. – Т. 3. – С. 136-142.
16. Калашников, К.Н. Стационарозамещающие технологии в региональном здравоохранении: организационно-экономический аспект / К.Н. Калашников, М.Д. Дуганов, А.А. Шабунова // Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз. – 2010. – № 10. – С. 115-123.
17. Калашников, К.Н. Экономическая оценка потерь трудового потенциала населения / К.Н. Калашников, А.А. Шабунова // Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз. – 2008. – № 4. – С. 53-61.
18. Калининская, А.А. Стационарозамещающие формы медицинской помощи: организация и эффективность деятельности / А.А. Калининская, А.Ф. Стукалов, Т.Т. Аликова // Здравоохранение РФ. – 2008. – № 6. – С. 5.
19. Конституция Российской Федерации. – М.: Юрайт, 2009. – 48 с.
20. Кочуров, Е.В. Оценка эффективности деятельности лечебно-профилактических учреждений: сравнительный анализ методов и моделей / Е.В. Кочуров // Вестник СПбГУ. Сер. 8. – 2005. – № 3. – С. 100-120.
21. Лобанов, В.В. Государственное управление и общественная политика / В.В. Лобанов. – СПб.: Питер, 2004. – 448 с.
22. Лыгина, Н.И., Региональное развитие рынка в современных условиях / Н.И. Лыгина // Нефтегазовое дело. – 2004. – С. 22-24.
23. Методика оценки эффективности деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации. Протокол № 1 от 18 июля 2007 г. [Электронный ресурс]. – URL: <http://www.primorsky.ru/files/5584.doc> (дата обращения 23.06.2010).
24. Методы финансового анализа эффективности здравоохранения / А.А. Колинко, М.Д. Дуганов, Р.В. Петухов, К.Н. Калашников // Финансы. – 2008. – № 12. – С. 14-26.
25. Мировая статистика здравоохранения. – Женева: ВОЗ, 2009. – 152 с.
26. Мировая статистика здравоохранения. – Женева: ВОЗ, 2010. – 178 с.
27. Медик, В.А. Статистика здоровья населения и здравоохранения / В.А. Медик, М.С. Токмачёв. – М.: Финансы и статистика, 2009. – 368 с.
28. Методики расчёта эффективности медицинских технологий в здравоохранении: утв. Министерством здравоохранения Республики Беларусь [Электронный ресурс] / К.А. Мовчан и др. – URL: <http://www.med.by/metod/pdf/159-1203.pdf> (дата обращения 03.09.2009).
29. Моссиалос, Э. Финансирование здравоохранения: альтернативы для Европы / Э. Моссиалос / пер. с англ. – М: Весь Мир, 2002. – 352 с.
30. Моссэ, Ф. Экономика больничной системы (сложная проблема привлечения к участию) / Ф. Моссэ // Управление здравоохранением. – 2004. – № 13. – С. 50-67.

31. Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации: сборник законодательных актов и нормативных документов, регламентирующих обязательное медицинское страхование в Российской Федерации. – Т. 1. – М.: Федеральный фонд ОМС, 1995. – С. 286-298.
32. О реализации приоритетных национальных проектов: сб. материалов / ТПП Информ. – М., 2006. – 81 с.
33. Ожегов, С.И. Толковый словарь русского языка (онлайн-версия) [Электронный ресурс] / С.И. Ожегов, Н.Ю. Шведова. – URL: [http:// www.classes.ru / all-russian/ Russian-dictionary-Ozhegov-term-3715](http://www.classes.ru/all-russian/Russian-dictionary-Ozhegov-term-3715)
34. Основные показатели деятельности учреждений здравоохранения Вологодской области за 1999, 2001, 2003, 2005, 2007, 2008, 2009 гг. / Департамент здравоохранения Вологодской области. – Вологда, 2000; 2002; 2004; 2006; 2007; 2008; 2009; 2010.
35. Основные положения региональной политики в Российской Федерации: утверждены Указом Президента Российской Федерации от 3 июня 1996 г. № 803 [Электронный ресурс]. – URL: <http://stra.teg.ru/library/strategy/4/14> (дата обращения 05.04.2010).
36. Подушевое финансирование здравоохранения по методу «затраты – результаты» / А.А. Колинко, М.Д. Дуганов, С.В. Ковригина, А.А. Шабунова, К.Н. Калашников // Финансы. – 2008. – № 7. – С. 9-12.
37. Приоритетные национальные проекты [Электронный ресурс]. – URL: <http://www.rost.ru/main/what/02/02.shtml> (дата обращения 05.04.2010).
38. Прохоров, Б.Б. Общественное здоровье и экономика / Б.Б. Прохоров, И.В. Горшкова, Д.И. Шмаков. – М.: МАКС Пресс, 2007. – 288 с.
39. Реализация реформы здравоохранения в субъектах РФ. База данных [Электронный ресурс]. – URL: <http://www.healthreform.ru/> (дата обращения 24.01.2011).
40. Региональная социально-экономическая политика: разработка, реализация, оценка эффективности / под ред. д.т.н., проф. С.М. Вертешева, д.э.н., проф. В.Е. Рохчина. – СПб.: Изд-во СПб ГПУ, 2003. – 320 с.
41. Регионы России. Социально-экономические показатели. 2010. Стат. сб. / Росстат. – М., 2010. – С. 306.
42. Регионы Северо-Западного федерального округа. Социально-экономические показатели: стат. сб. / Вологдастат. – Вологда, 2007. – 215 с.
43. Реформа больниц в новой Европе: пер. с англ. / Ж. Фигерас, М. Макки, Э. Моссиалос [и др.]. – М.: Весь мир, 2002. – 320 с.
44. Римашевская, Н.М. Человек и реформы: секреты выживания. – М.: РИЦ ИСЭПН, 2003. – 392 с.
45. Римашевская, Н.М. Человеческий потенциал России и проблемы «сбережения населения» // Российский экономический журнал. – 2004. – № 9 – 10. – С. 22.

46. Российский статистический ежегодник, 2008 г. [Электронный ресурс] // Официальный сайт Федеральной службы государственной статистики. – URL: www.gks.ru (дата обращения 24.10.2010).
47. Российский статистический ежегодник. 1995 – 2007: стат. сб. / Росстат. – М., 2008. – 819 с.
48. Российский статистический ежегодник. – 2005: стат. сб. / Росстат. – М., 2006. – 819 с.
49. Сбережение народа / под ред. Н.М. Римашевской; Ин-т соц.-экон. проблем народонаселения РАН. – М.: Наука, 2007. – 326 с.
50. Статистический ежегодник Вологодской области: стат. сб. / Вологдастат. – Вологда, 2008. – 399 с.
51. Стеффен, М. Французская система здравоохранения: история создания нетипичной институциональной организации / М. Стеффен // Управление здравоохранением. – 2004. – № 13. – С. 28.
52. Стратегический план «Охрана и укрепление здоровья населения Вологодской области на 2003 – 2010 годы». – Вологда, 2002. – 100 с.
53. Трагакес, Э. Системы здравоохранения: время перемен [Электронный ресурс] / Э. Трагакес. – URL: <http://www.publichealth.ru/docs.php?view=220> (дата обращения 19.10.2010).
54. Университетская информационная система России [Электронный ресурс]. – URL: <http://www.budgetrf.ru/> (дата обращения 09.08.2010).
55. Ускова, Т.В. Управление устойчивым развитием региона / Т.В. Ускова. – Вологда: ИСЭРТ РАН, 2009. – 355 с.
56. Федеральный портал «Protown.ru» [Электронный ресурс]. – URL: <http://protown.ru/information/hidden/6428.html> (дата обращения 19.06.2009).
57. Фрид, Э.М. Финансирование услуг обязательного медицинского страхования по подушевой формуле. [Электронный ресурс] / Э.М. Фрид, Н.Б. Окушко – URL: <http://www.publichealth.ru/docs.php?view=59> (дата обращения 19.06.2009).
58. Фукуяма, Ф. Конец истории? [Электронный ресурс]. – URL: http://www.gumer.info/bibliotek_Buks/History/Article/_Fuk_EndIst.php (дата обращения 11.08.2008).
59. Чен, М. Воздействие глобальных кризисов на здоровье: деньги, погода и микробы / М. Чен // Официальный сайт Всемирной организации здравоохранения [Электронный ресурс]. – URL: http://www.who.int/dg/speeches/2009/financial_crisis_20090318/ru/index.html (дата обращения 11.10.2010).
60. Чубарова, Т.В. Проблемы реформы здравоохранения в России: бюджетная и страховая медицина? / Т.В. Чубарова // Управление здравоохранением. – 2004. – № 13. – С. 32-44.
61. Чубарова, Т.В. Экономика здравоохранения: теоретические аспекты (научный доклад) / Т.В. Чубарова. – М.: Институт экономики РАН, 2008. – 68 с.

62. Шабунова, А.А. Общественное здоровье и здравоохранение территорий / А.А. Шабунова, К.Н. Калашников, О.Н. Калачикова. – Вологда: ИСЭРТ РАН, 2010. – 284 с.
63. Шейман, И.М. Экономика здравоохранения / И.М. Шейман. – М.: ГУ-ВШЭ. – 211 с.
64. Шишкин, С. В. Экономика социальной сферы / С.В. Шишкин. – М.: ГУ ВШЭ, 2003. – 365 с.
65. Экономический Интернет-словарь [Электронный ресурс]. – URL: <http://slovari.yandex.ru/> (дата обращения 6.11.2010).
66. Becker, G.S. Human Capital: Theoretical and Empirical Analysis with Special Reference to Education / G.S. Becker. – 3 ed. Chicago, 1964. – L.: University of Chicago Press. – P. 187.
67. Bovaird, T. Public management and governance / T. Bovaird, E. Löffler. – Routledge, 2009. – P. 374.
68. Meadows, D.H. Thinking in Systems: A Primer / D.H. Meadows, D. Wright. – USA, 2008. – White River Junction, Vermont. – Pp. 11.
69. Jonas, S. Introduction to the United States health care system / S. Jonas. – 5th ed. – Springer Publishing Company. – 2003. USA. – P. 55.
70. Harrington, C. Health policy: crisis and reform in the U.S. health care delivery system / C. Harrington, C. Crawford. – USA, 2004. – P. 432.
71. Hospitals in a changing Europe / edited by Martin McKee and Judith Healy. – Open University Press, 2002. Buckingham, Philadelphia. – P. 320.
72. Grossman, M. On the Concept of Health Capital and the Demand for Health / M. Grossman // The Journal of Political Economy, Vol. 80, – No 2. – P. 223-255.
73. Health and economic development in south-eastern Europe. Council of Europe Development Bank (CEB), 2006. – P. 72.
74. Health in Europe. Data 1998 – 2003 / Luxembourg: Offise for Official Publications of the European Communities, 2005.
75. Kernick, D. Getting health economics into practice / D. Kernick. – UK. TJ International Ltd, Padstow, Cornwall, 2002. – P. 430.
76. McLaughlin, C.P. Health policy analysis: an interdisciplinary approach / C.P. McLaughlin, C. McLaughlin. – USA, 2008. – Jones & Bartlett Publishers. – P. 432.
77. Merson, M.H. International public health: diseases, programs, systems, and policies / M.H. Merson, R.E. Black, A. Mills. – P. 320.
78. Methos for the Economic Evaluation of Health Care Programmes / Drummond M.F, O'Brrien B., G.L. Stoddart, G.W. Torrance. – 2nd. ed. (Oxford Medical Publications), Oxford Univercity Press, 1997. – P. 131-135.
79. Mosby's Dental Dictionary. – URL: <http://www.answers.com/topic/health-policy>
80. Omran, A.R. The epidemiological transition: a theory of the epidemiology of population change / A.R. Omran // Milbank Memorial Fund Quarterly, 1971. – 49. – P. 509-538.

81. Rausand, M., Hyland, A. System reliability theory: models and statistical methods / M. Rausand, A. Hyland. – Canada: John Wiley & Sons, Inc., Hoboken, New Jersey, 2004. – P. 75.
82. Romeder, J-M. Potential Years of Life Lost Between Ages 1 and 70: An Indicator of Premature Mortality for Health Planning / J-M. Romeder, J.R. McWhinnie // International Journal of Epidemiology. – 1977. – № 6. – P. 143-151.
83. Starfield, B. Primary care. Balancing health needs, services and technology / B. Starfield. – New York, Oxford University Press, 1998.
84. Ferlie, E. The Oxford handbook of public management / E. Ferlie, L.E. Lynn, C. Pollitt. – Oxford, 2007. – P. 558.
85. Funding health care: Options for Europe / edited by E. Mossialos... [et al.]. – Open University Press. Buckingham, Philadelphia, 2002. – P. 329.
86. LABORSTA Internet [Электронный ресурс]. URL: <http://laborsta.ilo.org/STP/guest> (дата обращения 27.10.2009).
87. Premature Mortality in the United States of America: Public Health Issues in the Use of Years of Potential Life Lost (YPLL) [Электронный ресурс]. URL: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00001773.htm> (дата обращения 14.11.2010).
88. The financial crisis and global health. Report of a high-level consultation [Электронный ресурс]. Систем. требования: Adobe Acrobat Reader. – URL: http://www.who.int/topics/financial_crisis/financialcrisis_report_200902.pdf (дата обращения 11.10.2010).
89. The world health report 2008: primary health care now more than ever. WHO, 2008 г. – P. 15.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение.....	3
Глава 1. Теоретико-методологические основы исследования здравоохранения как социально-экономической системы	5
1.1. Место и роль здравоохранения в социально-экономическом развитии территорий.....	5
1.2. Состояние организационно-экономических факторов управления здравоохранением в России.....	23
1.3. Методологические подходы и практика оценки эффективности здравоохранения в регионе.....	39
Глава 2. Анализ организационно-экономических факторов управления системой здравоохранения в Вологодской области	53
2.1. Структурная организация системы здравоохранения	53
2.2. Финансирование здравоохранения	68
2.3. Оценка экономических потерь региона от недостатков региональной здравоохранительной политики	85
Глава 3. Основные направления регулирования организационно-экономических факторов управления системой здравоохранения в регионе	99
3.1. Рационализация системной организации регионального здравоохранения.....	99
3.2. Создание системы мониторинга эффективности затрат на здравоохранение	113
3.3. Совершенствование механизма подушевого финансирования в здравоохранении	129
Заключение.....	141
Литература.....	145

Научное издание

**ОРГАНИЗАЦИОННО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ
УПРАВЛЕНИЯ РЕГИОНАЛЬНОЙ СИСТЕМОЙ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

**Калашников Константин Николаевич
Шабунова Александра Анатольевна
Дуганов Михаил Давидович**

Редакционная подготовка	Л.Н. Воронина
Компьютерная верстка	Е.С. Нефедова
Корректор	Т.Е. Езовских

Подписано в печать 02.04.2012.

Формат бумаги 60×84/₁₆. Печать цифровая.
Усл. печ. л. 8,9. Тираж 200 экз. Заказ № 130.

Институт социально-экономического развития
территорий РАН (ИСЭРТ РАН)

160014, г. Вологда, ул. Горького, 56а
Телефон: 54-43-85, e-mail: common@vscc.ac.ru

ISBN 978-5-93299-194-7



9 785932 991947