Александров Роман Вячеславович. Финансовое обеспечение здравоохранения в регионе : 08.00.10 Александров, Роман Вячеславович Финансовое обеспечение здравоохранения в регионе :на примере Республики Саха (Якутия) : диссертация ... кандидата экономических наук : 08.00.10 Москва, 2007 228 с., Библиогр.: с. 184-201 РГБ ОД, 61:07-8/4601

**Содержание к диссертации**

Введение

ГЛАВА 1. ОСНОВЫ ФИНАНСОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ОТРАСЛИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

1.1. Теоретическое наследие в области финансов здравоохранения и его роль в укреплении финансовой базы отрасли 9

1.2. Анализ современных финансовых основ развития здравоохранения 29

1.3. Тенденции организационно-правового развития системы ОМС 51

ГЛАВА 2. ФИНАНСОВОЕ СОСТОЯНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ САХА (ЯКУТИЯ)

2.1. Анализ факторов, обусловливающих специфику отрасли здравоохранения региона 66

2.2. Оценка ресурсной обеспеченности здравоохранения в Республике Саха (Якутия) 81

2.3. Особенности финансового обеспечения здравоохранения Республики Саха (Якутия) 88

ГЛАВА 3. РАЗРАБОТКА КОМПЛЕКСА МЕР РАЦИОНАЛИЗАЦИИ ИСТОЧНИКОВ ФИНАНСОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕГИОНА

3.1. Обоснование необходимости рационализации механизма финансового обеспечения здравоохранения региона 108

3.2. Организация финансового обеспечения учреждений здравоохранения на базе модифицированного нормативно-подушевого метода 119

3.3. Совершенствование метода оплаты медицинской помощи по «законченному случаю лечения» 147

3.4. Методика расчета стоимости медицинской услуги в медицинских учреждениях Республики Саха (Якутия) 167

ЗАКЛЮЧЕНИЕ 175

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ 184

ПРИЛОЖЕНИЯ 202

**Введение к работе**

**Актуальность темы исследования.**Успех реформы здравоохранения в значительной степени зависит от модернизации системы финансирования и оптимизации структуры отрасли здравоохранения (медицинской помощи и сети учреждений), а также структуры и методов управления отраслью. Для целей ценообразования и оценки эффективности оказания медицинской услуги необходимо создать более четкую систему расчетов, позволяющую отнести на услугу по возможности затраты напрямую либо распределить косвенные затраты в себестоимость услуги по адекватной базе.

В целях обеспечения баланса интересов участников социально-экономических отношений в сфере здравоохранения в развитых странах в последние десятилетия XX века развернуты интенсивные исследования действующих национальных систем медицинского обслуживания и охраны здоровья населения. Постоянно осуществляется поиск новых экономических, правовых, административных механизмов управления отраслью, моделей финансирования, систем оказания медицинской помощи. Усилиями ученых и практиков создаются концепции, стратегии, программы и проекты, ориентированные на экономически эффективное производство и потребление медицинских услуг.

В здравоохранении Российской Федерации существует ряд комплексных проблем финансово-экономического характера: во-первых, финансовая необеспеченность государственных гарантий бесплатной медицинской помощи. Во-вторых, значительное территориальное неравенство в финансовом обеспечении прав граждан РФ на получение медицинской помощи. В-третьих, отсутствие экономических механизмов, побуждающих субъектов отрасли здравоохранения, обоснованно использовать имеющиеся финансовые ресурсы здравоохранения.

В конечном итоге в здравоохранении региона отмечаются те же характерные проблемы, присущие всей отрасли. Это требует последовательной и комплексной модификации финансового механизма регионального здраво-

охранения с учетом объективно существующих условий.

Названные проблемы обусловили выбор темы исследования, структуру работы и логику изложения материала.

**Степень разработанности проблемы.**

Особенности финансового обеспечения здравоохранения в различных странах мира, а также финансовые и методологические механизмы регулирования национальных систем здравоохранения, применяемые в мировой практике, рассмотрены в трудах следующих зарубежных авторов: Буссе Р., Ле-Гранда Д., Макки М., Моссиалоса Э., Солтмана Р.Б., Фигераса Ж. и др.

Фундаментальный вклад в разработку методологии экономики здравоохранения внесли такие российские ученые как Шейман И.М., Шевский В.И, Вялков А.И, Кадыров Ф.Н. и др. Проведенные ими исследования преимуществ и недостатков различных систем организации и развития здравоохранения позволили классифицировать существующие модели организации здравоохранения, выявить особенности внедрения различных моделей организации здравоохранения применительно к новым условиям.

В период становления медицинского страхования в России в начале 90-х гг. активизировался интерес к изучению происходящих в отрасли экономических проблем и проблем финансового обеспечения здравоохранения. В научных работах Акопяна А.С., Гришина В.В., Кравченко Н.А., Кучеренко В.З., Шамшуриной Н.Г. изучены: система современных экономических отношений в здравоохранении, государственное регулирование рыночных механизмов в здравоохранении, ресурсная обеспеченность отрасли [71,154,155].

Проблему эффективности использования финансовых ресурсов при оказании медицинской помощи населению Российской Федерации активно исследуют Стародубов В.И., Флек В.О. Это позволило им выявить некоторые тенденции в изменении основных показателей здоровья населения в зависимости от объемов финансирования медицинской помощи из средств государственного и негосударственного секторов, но требующих дальнейшего серьезного осмысления. Несмотря на широкий охват научными исследованиями

организационно-правовых, экономических и финансовых проблем здравоохранения, особенности финансового обеспечения здравоохранения освещены не достаточно полно и требуют адекватных исследований.

**Цель диссертационного исследования**заключается в модернизации системы финансового обеспечения отрасли здравоохранения в Республике Саха (Якутия).

**Для достижения данной цели были поставлены и решены**следующие **задачи:**

раскрыть теоретическое наследие в области финансов здравоохранения и охарактеризовать его роль в развитии практики финансирования отрасли;

проанализировать современную финансовую базу отрасли в России; выявить и оценить сложившиеся тенденции организационно-правового регулирования системы финансирования отрасли и на этой основе сформулировать базовые закономерности;

выявить и оценить состояние ресурсной обеспеченности здравоохранения в Республике Саха (Якутия); установить позитивные и негативные тенденции финансирования отрасли и определить обусловившие их факторы;

доказать необходимость и возможность модификации системы распределения финансовых ресурсов в здравоохранении применительно к Республике Саха (Якутия);

разработать модель модификации нормативно-подушевого финансирования с учетом особенностей Республики Саха (Якутия); обосновать возможность применения в республике метода оплаты медицинской помощи по «законченному случаю лечения».

**Объектом исследования**выбрано здравоохранение Республики Саха (Якутия).

**Предметом исследования**послужила совокупность финансовых отношений, складывающихся на макроэкономическом и микроэкономическом уровне при планировании оказании полного спектра медицинских услуг.

**Методология исследования**заключается в использовании концепту-

ального наследия отечественных и зарубежных ученых в области здравоохранения, методов сравнительного анализа, приемов дедукции и индукции применительно к процессам оказания медицинских услуг.

**Нормативно-правовую основу диссертации**составили законодательные и нормативно-правовые акты Российской Федерации, Республики Саха (Якутия) по вопросам финансирования и медицинского страхования в здравоохранении.

**Информационной базой диссертации**послужили данные Федеральной и республиканской служб государственной статистики, Министерства финансов Российской Федерации, статистические и аналитические материалы Федерального фонда ОМС, материалы докладов и коллегий Минздравсоц-развития Российской Федерации, данные Министерства здравоохранения и территориального фонда ОМС Республики Саха (Якутия), собственные материалы исследования.

**Научная новизна**подтверждена следующими научными результатами, выносимыми на защиту:

развиты теоретико-прикладные аспекты финансового механизма, а именно, обосновано авторское видение его содержания как комплекса функциональных элементов (планирование, регулирование, учет, отчетность и контроль), реализующего финансовую политику;

определены базовые закономерности финансового обеспечения здравоохранения в Российской Федерации и Республике Саха (Якутия): замещение бюджетных ассигнований средствами обязательного медицинского страхования; отсутствие тесной корреляционной связи между объемом финансирования отрасли и региональными особенностями (факторами) ее развития; усиление дисбаланса между объемом финансирования и величиной гарантированных государством медицинских услуг; несоответствие между развернутой сетью учреждений и ее использованием;

обоснована необходимость пересмотра базовых основ финансового обеспечения отрасли здравоохранения в Республике Саха (Якутия); предло-

жена модифицированная методика обоснованного распределения финансовых ресурсов на душу населении, отражающая конечные результаты деятельности медицинского учреждения.

**Теоретическое значение результатов исследования.**Примененная в диссертации последовательность проникновения в суть исследуемой проблемы (логика действий) может служить основой организации исследований в других областях экономики. Раскрыто понятие «финансовый механизм здравоохранения». В теоретико-прикладном плане финансовый механизм представляет собой единство принципов и методов управления финансовыми потоками. На практике понятие «финансовый механизм» наполняется конкретным содержанием в зависимости от целого комплекса факторов. Главными из них являются пространство и время. Следовательно, при реализации системы управления региональным здравоохранением конкретизируется и суть финансового механизма применительно к территории и времени функционирования отрасли. Таким образом, финансовый механизм здравоохранения определяет порядок формирования финансовых ресурсов на цели охраны здоровья граждан (планирование, регулирование и прогнозирование финансовых потоков), использование финансовых ресурсов по назначению (отчетность и контроль).

Обобщен материал исследований по поиску критериев и способов построения классификации моделей организации системы здравоохранения. Поиск определяющих классификационных критериев опирался на исследовании существующих в мире систем формирования финансовой базы здравоохранения.

**Практическое значение результатов исследования.**Предложенный в диссертации модифицированный вариант метода нормативно-подушевого финансирования лечебно-профилактических учреждений и порядок определения дифференцированных подушевых нормативов финансирования может быть использован при разработке Территориальной программы государственной гарантий бесплатной медицинской помощи не только Республики

Саха (Якутия), но и других субъектов Российской Федерации. Предлагаемый порядок разработки и введения модели конечных результатов на уровне лечебно-профилактического учреждения может быть рекомендован для внедрения как стимулирующий элемент в систему оплаты труда медицинского работника.

**Апробация основных результатов работы.**Результаты исследования докладывались и обсуждались на ряде научных конференций: в межвузовской научно-практической конференции «Государственно^, регулирование рыночной экономики XXI века: проблемы и перспективы» (1-2 декабря 2005 г. во Всероссийской государственной налоговой академии Министерства финансов Российской Федерации); в международной научно-практической конференции «Инновационный прорыв в развитии России и регионов» (15-16 ноября 2006 г. во Всероссийской государственной налоговой академии Министерства финансов Российской Федерации). Предложения автора были учтены и использованы в распоряжении Президента Республики Саха (Якутия) от 11.04.2007 г. № 190-РП;

**По теме диссертации опубликовано**6 статей общим объемом 2,6 авторских печатных листа.

**Объем и структура диссертации.**Диссертация состоит из введения, трех глав, выводов и предложений, списка литературы, приложений.

Диссертация изложена на 200 страницах машинописного текста, иллюстрирована 25 таблицами и 29 рисунками.

Библиография включает 178 источников.

## Теоретическое наследие в области финансов здравоохранения и его роль в укреплении финансовой базы отрасли

В настоящее время опубликовано достаточное количество научных трудов, раскрывающих мировой опыт в области организации медицинской помощи населению [125,46]. Это свидетельствует, с одной стороны, о многообразии сложившихся на сегодняшний день систем здравоохранения. С другой стороны, такое многообразие говорит о том, что не может быть одной унифицированной системы, поскольку каждая из них, базируясь на комплексе общепринятых постулатов (принципов), ориентирована на учет специфики конкретного пространства и времени. Это означает, что при организации системы здравоохранения и выборе вектора ее развития на перспективу в расчет принимаются конкретное экономическое, социальное положение страны, ее политические установки.

Постоянное совершенствование организации системы управления здравоохранением, укрепление его материальной и финансовой основы являются неотъемлемыми условиями развития цивилизованного общества. Решение таких задач может осуществляться как масштабно, так и эпизодически. Масштабные преобразования организационных и финансовых основ здравоохранения, развертываемые на том или ином этапе развития общества, рассматривается как реформа.

Оптимизация структуры отрасли здравоохранения (виды медицинской помощи и сети учреждений), модернизация системы финансирования, а также структуры и методов управления отраслью являются залогом успеха реформы здравоохранения.

В настоящее время мировым сообществом выработан колоссальный опыт реформации организационно-технологических и финансовых основ отрасли здравоохранения. Каждая из проводимых в разных странах реформ здравоохранения базируется на таких теоретически постулируемых демократических принципах как справедливость в оказании медицинской помощи, всеобщая доступность и приемлемое качество оказываемых услуг. Реализация на практике данных принципов сопряжена с экономическим интересом правительства в расширении профилактических мероприятий, позволяющих снизить потребление медицинских услуг за счет улучшения здоровья населения, снижения частоты и тяжести заболеваний, уменьшении числа хронических заболеваний, снижения уровня инвалидности и др.

Производители медицинских услуг в условиях рыночных отношений заинтересованы в расширении производства этих услуг и повышении притока средств в сектор здравоохранения.

На страницах мировой печати широко обсуждается проблема связи информационной ограниченности пациентов о состоянии собственного здоровья и заинтересованностью медицинского персонала в предоставлении дорогостоящих услуг и использовании затратных технологий оказания медицинской помощи [164]. Ведутся широкие дискуссии относительно перехода отрасли на рыночные принципы организации медицинских услуг. Некоторые специалисты категорически высказываются против расширения спектра предоставления платных услуг (R. Saltman, J. Figueros, М. Vienonen и другие).

## Анализ факторов, обусловливающих специфику отрасли здравоохранения региона

На формирование здоровья человека и развитие системы здравоохранения в Якутии, оказывает влияние целая группа факторов - территориально-географические, демографические и экономические.

В отношении характерных территориально-географических особенностей, следует отметить в первую очередь, что Республика Саха (Якутия) отличается крайне низкой заселенностью территории - 0,3 чел. на один кв. км.: республика занимает территорию 3103,2 тыс. кв. км., на которой проживает менее одного миллиона человек (по состоянию на 1.12.2007 г. 949,9 тыс. чел.). О величине территории говорит также то, что в пределах Якутии располагается три часовых пояса, а её площадь составляет 18,2% площади Российской Федерации.

В республике тринадцать городов, шестьсот шестьдесят три поселка и села. В среднем на один населенный пункт приходится 1454 жителя. В Якутии по состоянию на 1.01.2006 г. проживает всего лишь 0,662% населения Российской Федерации, но при этом является одним из немногих регионов России, в котором сохраняется благоприятная демографическая ситуация.

Следующей характерной особенностью региона является то, что Якутия - самый холодный регион страны. Республика полностью расположена в зоне вечной мерзлоты и более 40% территории Якутии находится за Полярным кругом. Климат на юге Якутии резко континентальный, на севере - субарктический и арктический. Температура зимой составляет от - 25 на побережье до - 70 в районе Оймякона (полюс холода Северного полушарию). На территории республики насчитывается свыше 672 тыс. озер и более 443 тыс. рек, безусловно, затрудняющих сообщение между населёнными пунктами.

Указанные территориально-географические особенности определяют специфическую структуру расходов здравоохранения в республике: расходы по коммунальному обслуживанию и транспортные расходы занимают значительные доли в общей величине расходов (почти 30%).

Основной административно-территориальной единицей в республике является улус (район), число которых составляет всего тридцать пять единиц: 34 улусов (районов) и одного города республиканского значения - Якутска. Условно выделяют три группы улусов: арктическая группа, промышленная и сельскохозяйственная. В арктическую группу входит 8 улусов, располагающихся к северу 66 северной широты, то есть в пределах Северного полярного круга. Характерным для этой группы улусов является очень низкая плотность населения - 0,06 чел. на один квадратный километр. Занимая половину территории республики, здесь проживает всего около 90 тыс. чел. (4,62% численности населения), в одном населенном пункте - от 200 до 500 чел. Расстояния между населенными пунктами нередко доходят до 400-500 км.

Обширность и малонаселенность территории, удаленность от крупных промышленных центров России обусловили недостаточное развитие транспортной инфраструктуры. Плотность автомобильных и железных дорог в республике самая низкая среди регионов РФ. Автомобильные дороги представлены временными схемами, и сообщения между населенными пунктами в течение 9-Ю месяцев в году осуществляются силами малой авиации. Из этих улусов продолжается миграция населения. По группе арктических улусов уменьшение населения составило почти 55% - на 1.01.1990 г. здесь проживало около 96,7 тыс. чел., а на 1.01.2007 г. - 43,9 тыс. чел. Несмотря на низкую плотность населения, приходится содержать медицинские учреждения в труднодоступных районах из-за дальности расстояний и нерегулярности транспортного сообщения.

## Обоснование необходимости рационализации механизма финансового обеспечения здравоохранения региона

Третьим дисбалансирующим элементом мы считаем разрыв между уровнем заработной платы и нагрузки, фактически приходящейся на одного медицинского работника. В данном случае величина заработной платы таких работников не зависит от объема и качества работы, что следует определить как негативный момент. Иными словами, функционирование ЛПУ не базируется на таком важном факторе как мотивационная система.

Обосновывая негативное влияние первого дисбаланса на уровень финансового обеспечения отрасли, следует, на наш взгляд, более детально рассмотреть социальные нормативы, с помощью которых формируется расчетная потребность Программы государственных гарантий в Республике Саха (Якутия). Начиная с 1999 г., формирование объемов финансирования учреждений образования, здравоохранения, культуры, социального обслуживания, физической культуры и спорта осуществляется на основе временных социальных нормативов, утвержденных постановлением Правительства PC (Я) от 11.08.1998 г. №369.16

Данные нормативы разработаны в соответствии с Указом Президента РФ от 23.05.1996 г. № 769 «Об организации подготовки государственных

Социальные нормативы ежегодно уточняются постановлениями Правительства PC (Я) с учетом прогнозных цен на планируемый период по видам затрат учреждений, изменений и дополнений нормативных правовых актов минимальных социальных стандартов для определения финансовых нормативов формирования бюджетов субъектов Российской Федерации и местных бюджетов». Они рассчитаны с учетом государственных минимальных стандартов по основным показателям уровня жизни, затратам на науку, культуру, образование, медицинское обслуживание, экологию.

Полагаем, что применение на практике данных социальных нормативов обусловлено необходимостью достижения соразмерности расходов регионального бюджета с имеющимися реальными возможностями его доходной части. В то время как основная часть объемов медицинской помощи, исчисляемая в стоимостном выражении в Республике Саха (Якутия), формируется исходя из сложившейся коечной сети, независимо от ее фактических оборотов (рис. 18).

Собственно, данная ситуация закреплена методикой и порядком формирования показателей Территориальной программы государственных гарантий Республики Саха (Якутия). Эта Программа конкретизирует многоканальную систему финансового обеспечения отрасли здравоохранения. Бюджетная составляющая Территориальной программы государственных гарантий складывается из расчета социального норматива на количество коек. В отличие от нее, ТПГ ОМС формируется на базе двух показателей: количество койко-дней (прогноз на основе фактических показателей койко-дней) и тарифа, ориентированного на социальные нормативы. Уровень тарифа ограничен ресурсными возможностями территориальной системы ОМС. Отметим, что структуру этого тарифа определяют пять элементов (статей затрат): заработная плата, медикаменты и перевязочные средства, питание больных, прочие.

Проведенное исследование показало, что трехуровневая система финансирования учреждений здравоохранения (республиканский бюджет, средства ОМС, муниципальный бюджет) затрудняет эффективное управление финансовыми ресурсами на уровне республики (приложение 9).