Зеленская Татьяна Михайловна. Логистика системы здравоохранения в условиях медицинского страхования : Дис. ... канд. экон. наук : 08.00.06 : СПб, 1997 223 c. РГБ ОД, 61:98-8/370-0

**Содержание к диссертации**

Введение

**Глава 1. Система организации и финансирования сферы здравоохранения 11**

1.1. Здоровье населения как социально-экономическая категория 11

1.2. Здравоохранение в системе общественного воспроизводства 21

1.3. Мировой опыт организации и финансирования системы здравоохранения 31

**Глава 2. Анализ организации и финансирования системы здравоохранения в россии и на региональном уровне ...50**

2.1. Анализ организации и финансирования системы обязательного медицинского страхования в Санкт-Петербурге и Ленинградской, области 50

2.2. Анализ функционирования лечебно-профилактических учреждений в регионе 67

2.3. Логистические основы реформы системы социального страхования 74

**Глава 3. Логистические основы совершенствования системы здравоохранения в условиях медицинского страхования 101**

3.1. Логистическая модель концепции развития общественного здравоохранения в России 101

3.2. Совершенствование организации и финансирования системы здравоохранения 133

Заключение 177

Список литературы 182

Приложения 193

* [Здравоохранение в системе общественного воспроизводства](http://www.dslib.net/logistika/logistika-sistemy-zdravoohranenija-v-uslovijah-medicinskogo-strahovanija.html#744871)
* [Мировой опыт организации и финансирования системы здравоохранения](http://www.dslib.net/logistika/logistika-sistemy-zdravoohranenija-v-uslovijah-medicinskogo-strahovanija.html#744872)
* [Анализ функционирования лечебно-профилактических учреждений в регионе](http://www.dslib.net/logistika/logistika-sistemy-zdravoohranenija-v-uslovijah-medicinskogo-strahovanija.html#744873)
* [Совершенствование организации и финансирования системы здравоохранения](http://www.dslib.net/logistika/logistika-sistemy-zdravoohranenija-v-uslovijah-medicinskogo-strahovanija.html#744874)

**Введение к работе**

Происходящие в последние годы рыночные преобразования, фундаментальные изменения всей системы народного хозяйства, не могут не затронуть отдельные структурные подразделения этой системы. Сущность указанных преобразований заключается в переходе от управления объектами к управлению процессами, а их системный и комплексный характер обеспечивается изменением содержания управления и перестройкой структуры управляющих органов с переориентацией от административно-командных к экономическим методам управления.

Подобное утверждение относится не только к сфере материального производства, но и к отраслям социально-культурной сферы, которые ранее в отечественной литературе было принято именовать отраслями непроизводственной сферы. Такой подход мы считаем неверным, так как при этом складывается впечатление, что в этих отраслях ничего не производится. Современный же подход позволяет утверждать, что в социально-культурной сфере производятся духовный, интеллектульныи, информационный продукты и услуги, а также в значительной степени воспроизводится один из важнейших производственных факторов - здоровье человека.

Отрасли социально-культурной сферы - образование, здравоохранение, культура, социальное обеспечение, наука, управление, жилищно-коммунальное хозяйство, бытовое обслуживание образуют сочетание самостоятельных, чрезвычайно специфических областей деятельности. Эта совокупность не менее многообразна, чем группа отраслей материального производства, а потому рассмотрение каждой из них требует самостоятельного исследования.

Предметом наших научных интересов является здравоохранение -та сфера народного хозяйства, которая имеет к воспроизводству человеческого фактора - важнейшей ресурсной составляющей современного предпринимательства - самое непосредственное отношение.

Здравоохранение - чрезвычайно сложная система, в которой , как и в других системах подобного уровня, логистический подход может быть востребован в полной мере, ибо в здравоохранении с конца 1980-х годов проводилась масса организационно-экономических, экспериментов, разобраться в противоречивых последствиях которых без логистическо-системнои структуризации не представляется, по нашему мнению, возможным.

Отечественная школа логистики показала возможность широкого применения логистического подхода к совершенствованию управления множеством разнообразных социально-экономических систем, что нашло отражение в работах таких ученых как В.П.Алферьев, Н.В.Афанасьева, М.Ш.Доветов, М.Е.Залманова, К.В.Инютина, Д.Т.Новиков, О.А.Новиков, Б.К.Плоткин, О.Д.Проценко, В.М.Пурлик, А.И.Семенен-ко, В.Н.Стаханов, С.А.Уваров, В.В.Щербаков и другие /5,26,31,37,70-73,108,121,122,123/.

Одновременно здравоохранение как большая социально-экономическая система явилась предметом научных изысканий таких ученых как А.О.Александров, И.А.Гундаров, В.П.Корчагин, Н.А.Кравченко, В.А.Лищук, И.В.Поляков, В.Д.Селезнев, О.П.Щепин и другие /2,20,47,50,55,56,83,85,87,101,124/. В их работах доказано, что преобразования в сфере здравоохранения ни в коей мере не могут быть сведены только к введению страховой медицины, которой отечественная пресса уделяет особое внимание.

Рассмотрение перехода к страховой медицине как очередной шаг "дальнейшего совершенствования" российского здравоохранения, является по нашему мнению, не только упрощением ситуации, но и представляется неверным по существу.

Здравоохранение как отрасль народного хозяйства страны является достаточно автономной, но все же зависимой подсистемой народно-хозяйственного комплекса, то есть само здравоохранение может лишь в известных пределах влиять на собственное состояние, и в несбалансированной экономике не может быть благополучного здра воохранения.

Рассматривая здравоохранение как систему, а народно-хозяйственную экономику как среду, окружающую эту систему, можно смоделировать три возможные ситуации:

- экономика страны динамична и сбалансирована, высокая це-ностная значимость здоровья населения стимулирует направление дополнительных средств на развитие здравоохранения и поиск путей его вывода на качественно новый уровень;

- высококачественное здравоохранение начинает испытывать недостаток средств в связи с общим ухудшением экономического состояния страны и вынуждено искать пути адаптации к новым условиям;

- неотвратимое ухудшение уровня состояния системы здравоохранения, коренящееся в ее организации, протекает на фоне экономической дестабилизации, что не позволяет ожидать помощи извне.

Именно третья ситуация характерна для нашего здравоохранения в данный момент, и это существенно осложняет проведение необходимых преобразований и побуждает нас рассматривать вопрос пере-стройки здравоохранения не как внутриотраслевой, а как первостепенно народнохозяйственный. Исходя из этого становится возможным формирование системы управления сферой здравоохранения, действующей на основе логистического подхода.

Основной целью диссертации является концептуальное обоснование и разработка логистической модели развития общественного здравоохранения в Российской Федерации.

Предметом исследования выступает совершенствование системы здравоохранения в условиях медицинского страхования на основе применения в управлении логистического подхода.

Объектом исследования выступает система здравоохранения в Российской Федерации, при этом особое внимание уделено здравоохранению в Санкт-Петербурге и Ленинградской области.

Для достижения поставленной цели в соответствии с избранным предметом и объектом исследования формулируется следующая система основных задач:

- исследование и анализ здоровья в качестве социально-экономической категории;

- определение места здравоохранения как народнохозяйственной отрасли в системе общественного воспроизводства;

- выявление тенденций экономического развития системы здравоохранения и определение возможности адаптации мирового опыта к организации и финансированию здравоохранения Российской Федерации;

- изучение практического опыта работы фондов обязательного страхования в Санкт-Петербурге и области, определение возможных тенденций их развития;

- анализ организации функционирования лечебно-профилактических учреждений в регионе (на примере системы здравоохранения Санкт-Петербурга и Ленинградской области);

- формулировка логистических основ реформы системы социального страхования в Российской Федерации;

- разработка логистической модели концепции развития системы российского здравоохранения в условиях медицинского страхования;

- определение основных направлений совершенствования организации и финансирования системы здравоохранения.

Теоретическую и методологическую основу исследования составляют итоги фундаментальных изысканий и результаты прикладных работ российских и зарубежных авторов в области экономики и организации здравоохранения; логистики, маркетинга и менеджмента в социально-экономических системах, логистической оптимизации процессов управления; исследования операций, теории массового обслуживания, общей теории систем.

В работе использовались системный и комплексный научные подходы, методы экономического и структурного анализа, экономико-математическое и логистическое моделирование, эконометрический, графический и прогностический методы.

Структура исследования определена его целью и поставленными задачами. Диссертационная работа состоит из введения, трех глав, заключения, списка литературы и приложений.

Во введении обоснована актуальность темы диссертации, определена цель исследования, на основании которой сфорїлулированн его задачи, определены объект и предмет исследования, отражены научная новизна и практическая значимость полученных результатов.

В первой главе - "Система организации и финансирования сферы здравоохранения" - рассмотрено современное состояние здравоохранения, определено его место в системе общественного воспроизводства, выявлен социально-экономический характер категории здоровья, изучен мировой опыт и выявлены тенденции развития организации и финансирования системы здравоохранения.

Во второй главе -"Анализ организации и финансирования системы здравоохранения в России и Санкт-Петербурге" - проанализирована практика работы системы обязательного медицинского страхования в Санкт-Петербурге и Ленинградской области, лечебно-профилактичее ких учреждений; на основе выполненного анализа сфорїлулированн логистические основы реформы системы социального страхования.

В третьей главе - "Логистические основы совершенствования системы здравоохранения в условиях медицинского страхования" -представлена разработанная автором логистическая модель концепции развития здравоохранения в Российской Федерации, а также определены основные направления совершенствования организации и финансирования системы здравоохранения.

В заключении изложены основные результаты исследования, обусловливающие достижение цели диссертационной работы и решение поставленных задач.

Общий объем диссертационной работы составляет 223 страницы, включая 30 таблиц и 13 рисунков. Список использованной литературы содержит 139 наименований.

Научная новизна исследования состоит в проработке возможностей эффективного применения логистического подхода к проблеме со вершенствования системы здравоохранения Российской Федерации в условиях медицинского страхования; она выражается содержанием полученных результатов и состоит в следующем:

- определена специфика влияния здравоохранения как подсистемы социально-культурной сферы на результативность общественного воспроизводства;

- разработана схема взаимодействия отраслей социально-культурной сферы и их воздействия на здоровье человека, что позволило выявить организационно-технологический характер функционирования системы здравоохранения на региональном уровне;

- проведен анализ организации и финансирования здравоохранения в экономически развитых странах, рассмотрена проблема эффективности служб здравоохранения, на основании чего охарактеризовано соотношение экстенсивных и интенсивных факторов совершенствования служб охраны здоровья за рубежом;

- проанализирована организация и финансирование системы здравоохранения в условиях обязательного медицинского страхования в Санкт-Петербурге и области;

- разработана система государственной медико-социальной защиты, обоснованы ее основные элементы и отражены конструктивные (логистические) принципы деятельности;

- разработана логистическая модель системы управления здоровьем социума в условиях страховой медицины;

- структурирована организация совокупной деятельности всех служб местного самоуправления по оценке, охране и укреплению здоровья населения муниципального образования.

Конкретный вклад автора в проведенное исследование отражают следующие положения:

- произведено детерминирование здоровья, болезни, здоровья индивида, здоровья популяции как социально-экономических категорий;

- уточнена трактовка здравоохранения как отрасли националь ного хозяйства;

- проведено анкетирование врачей и руководителей учреждений здравоохранения Ленинградской области по проблемам становления системы медицинского страхования, на основании которого выполнено ранжирование таких проблем, стоящих перед здравоохранением как недостаточное финансирование, отсутствие ясной государственной политики в сфере здравоохранения, недостаточная материально-техническая база, нечеткость критериев качества работы, недоукомплектованность персонала и его недостаточная квалификация и низкая ответственность;

-идентифицированы основные источники финансирования, за счет которых формируются ресурсы учреждений здравоохранения, и уточнены наименования и направления расходов этих ресурсов конкретным лечебно-профилактическим учреждением;

- применен логистический подход к разработке и моделированию системы государственной медико-социальной защиты, наиболее рациональной для современного этапа развития Российской Федерации;

- метод логистического моделирования адаптирован к использованию в сфере здравоохранения при построении модели системы управления здоровьем социума в условиях страховой медицины.

Разработанные в диссертации научно-практические рекомендации получили применение при разработке плановых мероприятий по совершенствованию системы охраны здоровья населения в условиях обязательного медицинского страхования города Саратов и Саратовской области; в комплексе мероприятий Ленинградского областного фонда обязательного медицинского страхования по совершенствованию финансирования региональной системы здравоохранения Ленинградской области; при разработке предложений по оптимизации деятельности учреждений здравоохранения города Сызрани Самарской области.

Отдельные результаты исследования используются в учебном процессе при подготовке специалистов здравоохранения - менеджеров по специальности 04.06.00 "Сестринское дело" при чтении лекций по курсу "Менеджмент, медицинское страхование и экономика здравоохранения" в Санкт-Петербургской медицинской академии им.И.И.Мечникова, а также в учебном процессе Санкт-Петербургского акушерского колледжа.

Основные положения диссертации на разных этапах исследования были представлены и получили одобрение на ежегодных научных сессиях профессорско-преподавательского состава, научных сотрудников и аспирантов Санкт-Петербургского государственного университета экономики и финансов в 1995, 1996 годах, на Ш-ем Всероссийском симпозиуме по истории страховой медицины, организованном НИИ социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением им.Н.А.Семашко РАМН 29 ноября 1995 года в городе Москва; на ежегодных научно-практических конференциях, организованных межведомственным советом по социальной гигиене, экономике и управлению здравоохранением России НИИ им.Н.А.Семашко РАМН в 1996, 1997 годах; на международном конгрессе "Маркетинг и проблемы информатизации предпринимательства" 18-21 ноября 1996 года в Санкт-Петербурге, организованном Министерством общественного и профессионального образования РФ, Санкт-Петербургским государственным университетом экономики и финансов и нашли отражение в 13 публикациях автора, в том числе в методических пособиях: "Основы медицинского страхования" (для страхователей) и "Что должен знать медицинский работник об обязательном медицинском страховании".

## Здравоохранение в системе общественного воспроизводства

Необходимость наличия качественных критериев оценки деятельности лечебно-профилактических учреждений и медицинского обслуживания, пропаганды и поощрения здорового образа жизни. комплексный межотраслевой подход, который однако, еще нуждается в в определенном методологическом обосновании, и тем более, в соответствующем методическом обеспечении. Предпринимаемые попытки разработки концепции комплексного подхода (комплексной программы) в области долгосрочного планирования и прогнозирования охраны здоровья характеризуется, в частности, выделением в качестве объекта исследования и планирования межотраслевого комплекса "здоровья" или"социального института (комплекса) охраны здоровья населения".

Несмотря на известную дискуссионность (особенно Е части конкретизации состава отраслей, направлений, объектов и т.п.) такая ориентация представляется в целом правильной и вполне соответствующей современным требованиям теории и практики комплексного экономического и социального планирования.

Общественное производство как совокупность разнообразных видов деятельности, связанных с созданием всего комплекса жизненных благ, необходимых для существования и развития каждого индивидуума и всего общества, имеет сложную структуру.

Здравоохранение - это сфера общественной жизни, отражающая ее состояние и испытывающая на себе ее трудности. Одной из причин резкого ухудшения охраны здоровья граждан является нигилистическое отношение к экономике всей непроизводственной сферы и объективным законам ее развития, что нанесло большой ущерб и явилось своеобразным обоснованием остаточного метода выделения ресурсов отраслям здравоохранения, образования, культуры.

Здравоохранение относится к сфере производства нематериальных благ. Как и в других непроизводственных сферах, в здравоохранении возникают специфические общественно-экономические и организационно-экономические отношения, связанные, во-первых, с производством, распределением, обменом и потреблением нематериальных благ (услуг); во-вторых, с обменом деятельностью со сферой производства; в-третьих, с распределением, обменом и потреблением ма териальных благ за пределами сферы производства; в-четвертых, с управлением, организацией, планированием, финансированием, стимулированием, то есть механизмом хозяйствования. При этом под хозяйственным механизмом, на наш взгляд, следует понимать единую систему организации воспроизводства и функционирования здоровых поколений, формирующую высокую работоспособность трудящихся на производстве и в быту и обеспечивающую здоровый образ жизни членов общества. Поэтому любая задача совершенствования управления здравоохранением должна опираться на научную основу развития отрасли, как звена подсистемы - непроизводственной сферы макроло-гистической системы всего экономического комплекса страны, с учетом того, что экономические отношения в здравоохранении носят по отношению к материальному производству вторичный характер, обладая в то же время относительной самостоятельностью и, оказывая активное обратное воздействие на отношения в сфере материального производства. Несовершенство хозяйственного механизма в здравоохранении и просчеты в его развитии оборачиваются крупными потерями в народном хозяйстве, вызывают дополнительную экономическую и социальную напряженность в обществе. Вместе с тем, деньги, вложенные производственными предприятиями в охрану здоровья своих работников, при соблюдении определенных условий дают выраженный экономический эффект.

Схема взаимодействия отраслей непроизводственной сферы и воздействие их на здоровье человека приведена на рис.1.1.

Здравоохранение имеет свою специфику, которая обусловлена качественными особенностями содержания и экономической формы результата труда. Если в сфере материального производства объектом является вещество природы, то в здравоохранении, как составной элемент непроизводственной сферы, объект трудового воздействия -человек. К тому же необходимо учитывать, что отрасли нематериального производства находятся в большой зависимости от бюджетного финансирования, производят не материальные продукты, а услуги, поставлены в особые условия планирования, материально-технического снабжения, оплаты труда, и поэтому не могут обладать такой широкой экономической самостоятельностью, как производственные организации, работающие на принципах полного хозрасчета, самоокупаемости и самофинансирования. Эти особенности при переходе России, а точнее материального производства России, к рыночным отношениям превратились в несоответствие организации, планирования и финансирования между производственной и непроизводственной сферами, а при возникновении экономических трудностей в промышленности - в катализатор кризиса в первую очередь в здравоохранении и других отраслях нематериального производства (дефицит бюджета + остаточный принцип финансирования отраслей: здравоохранения, образования

## Мировой опыт организации и финансирования системы здравоохранения

Как следует из предыдущего параграфа в различных странах мира уровень здоровья сильно различается. Так интегральный показатель здоровья - ожидаемая продолжительность жизни (ОПЖ) при рождаемости в 1985-1990 гг. составил: 73,4 года в развитых странах, 59,7 лет в развивающихся странах. При этом с 1965 по 1989гг. ОПЖ при рождении в наименее развитых странах увеличилась на 29,2%, а в наиболее развитых только на 8,6% (В.А.Лищук, Е.В.Мосткова, 1994г.). Вместе с тем в экономически слаборазвитых странах имеется нерациональный режим воспроизводства населения: высокая неконтролируемая рождаемость ("бесполезная" рождаемость из-за высокой детской смертности), низкая продолжительность жизни при крайней бедности государства и населения. В связи с этим идет поиск адекватной системы здравоохранения, которая для этих стран должна быть с одной стороны относительно дешевой , а с другой - достаточно эффективной по борьбе с инфекционной патологией и другими экзогенными заболеваниями молодого и среднего возраста.

В среднем в мире на здравоохранение выделяется 5,4% от валового национального продукта (ВНП), в том числе в наименее развитых странах - 4,4%, в развивающихся - 5,1%, в развитых - 5,6% ВНП. В то же время имеется целый ряд стран экономически развитых, благополучных в социальном плане, имеющих традиции в системе охраны здоровья нации и, которые так же испытывают необходимость в поиске рациональной системы охраны здоровья населения. Это вызвано тем, что в условиях второй эпидемиологической революции для успешного функционирования системы здравоохранения требуется выделять громадные ресурсы для ее поддержания. Так, например, в США на здравоохранение выделяется 14% от ВНП, при чем рост затрат на охрану здоровья населения за период с 1980 по 1992 годы составил 55,5% (с 9% ВНП до 14% ВНП соответственно), а к 2000г., по прогнозам американских экономистов они достигнут 19% ВНП. Заметим, что в 1970 году расходы на оборону в США составляли 8,2% ВНП и превышали на 0,4% расходы на образование и здравоохранение (7,8% ВНІТ на каждую отрасль). Однако, в 1990 году американское правительство затрачивало на оборону 3% ВНП, на образование - 6%, а на здравоохранение - 12%. При этом к началу 90-х годов почти во всех экономически развитых странах расходы на здравоохранение опережали расходы на остальные социальные отрасли, включая образование и культуру, и составляли 6-14% от ВНП (табл.1.4). всех экономически развитых странах и это находит свое отражение в экономике этих стран, в определенной мере вызывая инфляционные процессы (М.М.Кузьменко, В.В.Баранов, 1995). Как показывают исследования Ю.М.Комарова, по фактическим и расчетно-прогнозным показателям экономически развитых стран в течение 1990-2000 годов, эффективность функционирования служб здравоохранения в мире снижается. При этом под эффективностью служб здравоохранения понимается соотношение результатов и затрат: где АР - прирост уровня здоровья населения в %, АК - прирост уровня затрат на здравоохранение в %.

Так при приросте уровня затрат на здравоохранение равном 10% в год, прирост уровня здоровья населения составил в 1900-е годы 12%, в 1930 - 8%, в 1970 - 4%, в 1980 - 1,3%, а к 2000 году при существующих тенденциях составит лишь 1% (рис.1.2).

Таким образом можно сделать вывод, что в настоящее время экстенсивный период развития здравоохранения в экономически развитых странах завершается. Это означает, что в существующем виде службы здравоохранения исчерпали свои резервы. Так по данным Do-naldsona 1992г. четко проявляется отсутствие корреляции между расходами на охрану здоровья населения и уровнем здоровья нации (табл.1.5) /129/.

Однако данные специалистов Йоркского университета Великобритания, 1991г.), проводивших исследования по установлению связи между затратами государства, общими затратами на медицинскую помощь и здоровьем по группам населения (взрослые, дети, бедные, богатые) показали наличие отрицательной связи, то есть чем больше затрачивается средств на медицинскую помощь, тем меньше заболеваемость и наоборот.

По данным исследования, проведенного М.П.Ройтманом в СССР с i960 по 1989 год (в том числе по республикам), выявлено наличие сильной корреляционной связи между долей ВНП, затраченной на здравоохранение и средней продолжительностью жизни г=+0,73+-0,16; корреляционной связи средней силы по показателям: общей смертности г=0,4, младенческой смертности г=-0,3.

По нашим расчетам (данные 1996 года) между уровнем финансирования здравоохранения отдельных регионов России и уровнем младенческой смертности существует обратная корреляционная связь р=-0,35; между уровнем финансирования и уровнем бедности незначительная прямая корреляционная связь р=+0,11); между уровнем бедности и уровнем младенческой смертности прямая корреляционная связь р=-0,14).

В то же время, М.П.Ройтман отмечает, что с ростом благосостояния и уровнем здоровья отчетливо проявляется статистическая связь и имеет место ожидаемая отдача. На здоровье влияют многие другие известные факторы: экологическая обстановка, питание, условия труда и быта, санитарная грамотность населения, деятельность учреждений здравоохранения, их материально-техническая база. Помимо этого при оценке этого влияния необходимо учитывать структуру расходов на здравоохранение, характер патологии, государственную политику в области охраны здоровья населения. Следует учитывать также, что уровень здоровья зависит не только от деятельности здравоохранения, но и от других факторов внешней среды, поэтому логистический подход должен быть распространен на всю систему охраны здоровья населения.

## Анализ функционирования лечебно-профилактических учреждений в регионе

В статье 10 "Финансирование охраны здоровья граждан" "Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан" говорится, что источниками финансирования учреждений здравоохранения являются: 1.Средства бюджетов всех уровней; 2.Средства, напрвляемые на обязательное и добровольное медицинское страхование в соответствии с законом РФ "0 медицинском страховании граждан в РФ"; 3.Средства целевых фондов; 4.Средства государственных и муниципальных предприятий, организаций и других хозяйствующих субъектов, общественных объединений; 5.Доходы от ценных бумаг; 6.Кредиты банков и других кредиторов; 7.Безвозмездные и/или благотворительные взносы и пожертвования; 8.Иные источники, не запрещенные законодательством РФ.

Исходя из этого следует, что основными средствами, за счет которых формируются ресурсы учреждений здравоохранения являются средства бюджетов всех уровней и средства медицинского страхования. Поэтому, если рассматривать финансирование лечебно-профилактических учреждений на уровне территории ( г. Санкт-Петербург), то основными источниками так же являются средства, перечисляемые СМО в соответствии с договорами, и средства бюджета (городского и районных). Для примера рассмотрим доходы и расходы одного из лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) города - поликлиники N9. Данное ЛПУ оказывает медицинские услуги населению в рамках ОМС, по договору с администрацией Центрального района осуществляет комплексные медицинские осмотры лиц допризывного возраста и призывников Центрального района силами медицинской комиссии райвоенкомата, оказывает платные улуги и по договорам с предприятиями, кроме того работают здравпункты в органиэациаях на договорной основе. Все доходы поликлиники N9 составляют единый фонд финансовых средств (таблица 2.10). Ежемесячно страховые медицинские организации сообщают полик линике в

Протоколе согласованный объем финансирования средств ОМС. Размер финансирования определяется исходя из общей численности и половозрастной структуры контингента жителей, закрепленных за данным учреждением (табл.2.11), по принципу финансирования суммарных расходов на комплекс амбулаторно-поликлинических и профилактических услуг. Перечисление денежных средств производится два раза в месяц. Кроме того учитываются условия Генерального тарифного соглашения, которое ежемесячно заключается между ТФОМС Петербурга, Комитетом по здравоохранению, страховой медицинской ассоциацией, ассоциацией практической медицины. В нем определяется объем поступления средств на текущий месяц по городу, устанавливается процентное соотношение объемов финансирования медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях (АПУ) и в учреждениях стационарного типа (стационары) и т.д. Так, например, Генеральным соглашением было определено на февраль-апрель 1996 года: Сравнивая доходы и расходы по таблицам 2.12 и 2.13 видно, что дефицит средств составил в 1996 году 183 058 000 рублей. При этом следует отметить, что с 1 апреля 1996 года был увеличен минимальный размер оплаты труда, а следовательно и фонд оплаты труда, кроме того имели значение продолжающиеся инфляционные процессы и недостаточное финансирование из бюджета. Анализируя возможные источники финансирования и их стабиль ность, а вернее сказать нестабильность, следует отметить, что конечно же эта проблема будет существовать до тех пор пока не произойдет стабилизации экономики в стране.

Но и в этих условиях нельзя допускать ускоренного процесса перехода к неявной платной медицине. Необходимо муниципальным лечебно-профилактическим учреждениям, котрые недополучают финансирования из бюджета и вследствие этого вынуждены использовать средства ОМС на оплату труда, отчисления от зарплаты, на уплату штрафных санкций помочь, а не "казнить".Для этого предлагаются два варианта в случае недофинансирования из бюджета: 1- Возникающие штрафные санкции во внебюджетные фонды и бюджеты всех уровней адресовать местной администрации, то есть на эти суммы увеличивать финансирование ЛПУ; 2- Не налагать на такие ЛПУ штрафных санкций. Как вариант помощи лечебно-профилактическим учреждениям разрешить на договорных началах (трехсторонний договор: Поставщик производитель - Получатель ЛПУ - Плательщик организация)предприятиям и организациям финансировать закупку оборудования и дорогостоящих лекарственных препаратов в пределах 10% прибыли освобождаемой от налога. Тогда лечебно-профилактическое учреждение могло бы заключать договора на поставки необходимого оборудования и лекарств с производителем, оплату которых производили бы предприятия. То есть это безвозмездная финансовая помощь целевого назначения. Особенно это стало бы актуально при введении производственно-территориального принципа обязательного медицинского страхования, когда организации напрямую увидели бы интерес в улучшении качества оказываемых медицинских услуг СЕОИМ работникам, а кроме того смогли бы контролировать на что идут отчисления от зарплаты, перечисляемые в ТФ ОМС. При этом часть средств бюджета, высвобождаемая таким образом могла бы пойти на улучшение состояния зданий, то есть на капитальный ремонт медицинских учреждений, очень нуждающихся в этом сегодня.

## Совершенствование организации и финансирования системы здравоохранения

Излишняя централизация и монополизация системы здравоохранения в условиях дефицита финансирования сделала ее негибкой,невосприимчивой к новому-индустриальному типу медицинского обслуживания и обусловила необходимость ее реформирования.

Создание экономической и социальной базы ОМС в сочетании с неизменностью политического курса в реформировании здравоохранения позволило бы реально обеспечить выполнение социальных гарантий населению по предоставлению бесплатной, доступной, качественной медицинской помощи, но как отмечает директор программы "Здрав-Реформ" Джеймс А.Райе (1996г.) когда парламентские комитеты по реформам здравоохранения приступают к ретроспективному анализу выполнения обещаний по охране здоровья, данных при социализме, они начинают задумываться о том, как соотнести конституционные гарантии неотъемлемого права граждан на охрану здоровья с признанием того, что государству не по средствам содержать даже нынешнюю отсталую систему здравоохранения, не говоря о том, что в XXI веке ей придется решать дополнительные проблемы, вызванные старением населения, нездоровым образом жизни, неблагоприятным состоянием окружающей среды, профессиональными заболеваниями, связанными с развитием промышленности. Рассматривая систему здравоохранения как часть системы социальной защиты населения (так называемый социальный контракт), в рамках которой предусматривается создание системы управления рядом факторов риска (таких, как выход на пенсию по старости; потеря заработка вследствие безработицы; потеря трудоспособности, вследствие производственной травмы; необходимость нести расходы на медицинскую помощь, расходы по социальной защите от опасности для здоровья вследствие экологических проблем), Джеймс А.Райе (1996г.) ставит вопрос о создании системы охраны здоровья населения в рыночной экономике. Лишь при таком комплексном подходе возможно построение рациональной структуры социальной защиты населения с целью сохранения его здоровья. Вместе с тем перестройка малоэффективной системы оказания медицинской помощи в условиях отсутствия средств и современных методов управления безусловно представляет собой сложнейшую задачу. В связи с этим Дж.А.Райс (1996г.) предупреждает, что потребуется GT 5 до 7 лет последовательного осуществления намеченных преобразований и изучения их результатов, чтобы политическое и экономическое возрождение стало практически осуществимым. При этом он отмечает, что в системе здравоохранения России особое внимание следует сконцентрировать на таких важнейших направлениях, как стимулирование конкурентной борьбы среди медицинских страховых организаций, создание некоммерческих стационаров, создание благоприятного налогового климата для организаций, участвующих в строительстве новых и модернизации действующих поликлиник и больниц.

Вместе с тем Дж.А.Райс отдает себе отчет в том, что для создания новой системы социальной защиты населения потребуются средства, которые в состоянии позволить себе государство с более развитой, чем существующая в России, экономикой. Поэтому по его мнению необходим комплекс последовательных действий, которые должны включать следующие три направления: мероприятия по информированию общественности о сложившейся ситуации в здравоохранении и о том, что потребуется время для приведения в порядок хозяйства, на которое не обращали должного внимания в течении десятилетий. Это необходимо делать, так как только граждане, располагающие всей полнотой информации, в том числе о трудностях переходного периода, способны проявить гибкость и изобретательность в выработке механизмов адаптации к новым условиям; действия, направленные на оптимизацию в короткие сроки управления риском, на перестройку административной системы управления делопроизводством, а главное на налаживание оказания собственно медицинских услуг более экономичным и эффективным способом.

Вся логика реформ здравоохранения должна по мнению-Дж.А.Райс состоять из 12 компонентов:

Создание государственных фондов, концентрирующих денежные средства для последующей их передачи в государственные и частные страховые компании, которые в свою очередь производят оплату за предоставленные медицинские услуги;

Страхованию подлежат ЕСЄ категории лиц, за исключением военнослужащих и представителей сил правопорядка; Предусматривается полный набор услуг по страховке, особое внимание уделяется оказанию первичной медицинской помощи и вне-стационарному лечению; Операционные фонды складываются из взносов в следующем соотношении 2/3 - предприятие, 1/3 -работник; малоимущим предост-вляется государственная субсидия;

Для создания вспомогательных служб, необходимых при страховании по болезни (например, электронных информационны: , систем или систем управления оказанием медицинских услуг), предусматривается привлечение средств государственных и частных организаций. Начальный капитал вносят государство и иностранные партнеры;