

Эффективность здравоохранения региона



Вологда • 2006



РОССИЙСКАЯ АКАДЕМИЯ НАУК
ВОЛОГДСКИЙ НАУЧНО-КООРДИНАЦИОННЫЙ ЦЕНТР ЦЭМИ РАН
ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ВОЛОГДСКОЙ ОБЛАСТИ

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕГИОНА

ВОЛОГДА
2006

Эффективность здравоохранения региона / Коллектив авторов под руководством д.э.н., проф. В.А. Ильина. – Вологда: ВНКЦ ЦЭМИ РАН, 2006. – 192 с.: ил.

Коллектив авторов:

В.А. Ильин (руководитель)
А.А. Колянко, М.Д. Дуганов, К.А. Гулин,
А.А. Шабунова, М.В. Морев, Р.В. Петухов, А.Н. Макеев

В книге рассматриваются вопросы становления системы здравоохранения в условиях перехода к рынку. Проанализированы основные этапы этого процесса, включая переход к бюджетированию, ориентированному на результат (БОР). Исследуется опыт системы здравоохранения Вологодской области по организации социально-гигиенического мониторинга и построению системы индикативного планирования. Представлены основные методики оценки эффективности расходов на здравоохранение на региональном и муниципальном уровнях.

Книга предназначена руководителям и специалистам государственных и муниципальных органов управления, работникам сферы здравоохранения, широкому кругу ученых, преподавателям вузов, аспирантам, студентам, а также всем интересующимся проблемами охраны и укрепления здоровья населения.

Рецензент

кандидат экономических наук, директор направления
«Социальная политика» фонда «Институт экономики города»
Александрова Анастасия Леонидовна

ISBN 5-93299-095-3

© Ильин В.А., Колянко А.А., Дуганов М.Д., Гулин К.А.,
Шабунова А.А., Морев М.В., Петухов Р.В., Макеев А.Н., 2006
© ВНКЦ ЦЭМИ РАН, 2006
© Департамент здравоохранения Вологодской области, 2006

ОГЛАВЛЕНИЕ

<i>Стародубов В.И.</i> К читателям	5
<i>Предисловие</i>	7
Глава 1. Основные этапы реформирования здравоохранения в конце 20 – начале 21 века	17
1.1. Опыт реформирования отечественной системы здравоохранения на основе нового хозяйственного механизма	17
1.2. Особенности внедрения бюджетно-страховой системы здравоохранения	29
1.3. Основные направления и перспективы реформирования отрасли здравоохранения в рамках бюджетирования, ориентированного на результат	53
Глава 2. Стратегическое управление как основа повышения эффективности здравоохранения	67
2.1. Основные понятия и особенности построения системы индикативного планирования на региональном уровне	67
2.2. Опыт организации мониторинга системы здравоохранения ..	78
2.3. Некоторые результаты мониторинга здравоохранения Вологодской области	97
Глава 3. Применение финансового макроанализа оценки эффективности деятельности системы здравоохранения	105
3.1. Методики оценки эффективности расходов на здравоохранение на региональном и муниципальном уровнях	105
3.2. Методика «затраты – результативность» для оценки эффективности расходов на здравоохранение	115
3.3. Методика анализа потерь потенциальной жизни вследствие преждевременной смертности	127
3.4. Анализ «затраты – результативность»	136
3.5. Использование оценки эффективности расходов на здравоохранение в бюджетном процессе	143
<i>Заключение</i>	151

<i>Приложения</i>	155
1. Постановление Правительства Российской Федерации от 22 мая 2004 г. №249 г. Москва	156
2. Некоторые финансовые показатели деятельности муниципального здравоохранения Вологодской области	157
3. Медико-демографические показатели	158
4. Показатели обеспеченности ресурсами здравоохранения Вологодской области	160
5. Ранжирование районов Вологодской области по показателям здоровья населения	162
6. Показатели мониторинга системы здравоохранения (в соответствии с задачами программы «Здоровье-21»)	163
7. Ранжирование районов Вологодской области по показателям укомплектованности медицинских кадров	172
8. Ранжирование районов Вологодской области по показателям работы коечного фонда	173
9. Охват профосмотрами и уровень диспансеризации в Вологодской области	174
10. Ранжирование районов Вологодской области по показателям работы акушерско-гинекологической службы ...	175
11. Деятельность амбулаторно-поликлинического звена и скорой медицинской помощи	176
12. Мощностъ работы учреждений здравоохранения Вологодской области в 2004 г.	177
13. Перечень показателей для экономического мониторинга здравоохранения	178
14. Затраты на одного жителя по классам болезней за 2000 – 2004 годы (ранговая оценка за 2004 год)	181
15. Структура социальных потерь за 2000 – 2004 годы (ранговая оценка за 2004 год)	182
16. Макроанализ по классу травмы и отравления (по диагнозам) за 2004 год	184
17. Макроанализ по классу болезней системы кровообращения (по диагнозам) за 2004 год	185
18. Макроанализ по классу болезней системы пищеварения (по диагнозам) за 2004 год	186
<i>Литература и Интернет-ресурсы</i>	187
<i>Сведения об авторах</i>	190

К ЧИТАТЕЛЯМ



Экономические и организационные изменения в постсоветской России делают необходимыми и неизбежными преобразования в функционировании социальной сферы как на федеральном, так и на региональном уровне.

В настоящее время Президентом РФ, правительством перед региональными властями и органами местного самоуправления поставлены значительные задачи по усилению модернизации отраслей социальной сферы, в том числе здравоохранения. Расходы федерального бюджета должны быть ориентированы на конечный результат, при этом необходимо максимально эффективно использовать имеющиеся ресурсы.

Важное место в работе территориальных органов управления в настоящее время занимает поиск механизмов повышения эффективности использования бюджетных средств. При этом очень важно разумное сочетание научного анализа и возможности практического его применения.

На мой взгляд, в Вологодской области сложилась благоприятная управленческая атмосфера. Долговременное сотрудничество департамента здравоохранения области и учреждения российской академической науки – Вологодского научно-координационного центра ЦЭМИ РАН – создает условия для практического внедрения результатов научных исследований, с одной стороны, и позволяет делать обоснованные и доказательные научные выводы – с другой.

Цель такого сотрудничества, помимо решения собственно научно-практических задач, видится в стимулировании общественного диалога между различными группами правительственного и неправительственного сектора в направлении профилактики и укрепления здоровья.

Предлагаемая вниманию читателей книга «Эффективность здравоохранения региона» является еще одним примером партнерства науки и управления. Это коллективная научная монография, освещающая широкий комплекс актуальных проблем управления здравоохранением территории.

Авторы справедливо подчеркивают, что принятие единственно правильного решения в условиях ограниченных ресурсов сопряжено с учетом многих факторов, в первую очередь ориентированных на экономическую сторону решения проблемы. В связи с чем они предлагают и доказывают целесообразность применения метода финансового макроанализа для оценки эффективности денежных расходов.

Данная монография может быть рекомендована к использованию в практической работе в системе управления учреждениями социальной сферы, учебным заведениям, научным работникам.

*Стародубов Владимир Иванович,
заместитель министра здравоохранения
и социального развития РФ*

ПРЕДИСЛОВИЕ

Оценку эффективности здравоохранения можно рассматривать в двух аспектах. С одной стороны, это процессы макроуровня, при которых речь идет о количестве бюджетных средств, выделяемых на нужды отрасли, а также о соотношении государственного и рыночного начал в управлении здравоохранением. В данном случае идет речь о механизме повышения эффективности здравоохранения на государственном уровне, где приоритетной проблемой остается увеличение объемов финансирования, а показателем – уровень здоровья населения.

С другой стороны, необходимо умело и эффективно управлять системой здравоохранения исходя из уже заданного потенциала финансовых и экономических ресурсов, рассматривая функционирование отрасли на региональном уровне. Именно здесь встает вопрос о возможностях рационализации бюджетных средств и методах оценки их использования.

Обсуждая проблему оптимизации функционирования отрасли с первой точки зрения, необходимо отметить, что государственные системы здравоохранения, финансируемые из бюджета, появились триста лет назад. В это время была открыта бактериальная природа инфекционных заболеваний, что вызвало необходимость проведения таких организационных мероприятий, как вакцинация и иммунизация населения. «Эффект от мероприятий в плане снижения социальной напряженности и увеличения продолжительности жизни до 50 лет был настолько велик по сравнению с усилиями и расходами из казны, что повсюду в развитых государствах претенденты на власть в рамках предвыборных кампаний стали обещать своим избирателям увеличение расходов на здравоохранение и медицинскую науку в случае избрания»¹. К середине 20 века продолжительность

¹ Захаров В.Н. Здоровье с позиции теории управления // Вестник РАН. – 2005. – Т. 75. – №12. – С. 1093.

жизни в большинстве стран европейского региона (включая Россию), США и Канаде увеличилась до 70 лет, а доля бюджета, выделяемого на нужды здравоохранения, достигла 7 – 10%.

С 1970-х гг. появились первые неутешительные прогнозы ВОЗ по поводу быстрой истощаемости материальных ресурсов системы здравоохранения. Специалисты ВОЗ выявили 6 факторов риска (курение, злоупотребление алкоголем, неправильное и нерациональное питание, гиподинамия, нарушение сна, стресс) и предлагали создать механизм их ранней диагностики и профилактики на уровне первичного медицинского звена. Конкретные мероприятия предлагалось разрабатывать каждому государству самостоятельно, однако при этом рекомендовалось соотношение ресурсов 60:40 в пользу амбулаторного звена.

К рекомендациям ВОЗ начали прислушиваться лишь в 1990-х гг. Впервые это произошло в США, которые тратили на здравоохранение наибольшую долю бюджета (15%). «Объективно обусловленная всем ходом развития цивилизации смена парадигмы ставит системы здравоохранения в один ряд с другими государственными структурами, деятельность которых обоснована экономическими критериями в условиях фиксированной доли бюджета, а развитие обеспечивается за счет адекватной расстановки приоритетов»¹.

Осуществляемые в настоящее время реформы в отечественной системе здравоохранения во многом соответствуют тенденциям функционирования отрасли во многих развитых странах мира. К таким аналогиям можно отнести реструктуризацию сети медицинских учреждений, повышение прозрачности бюджетных потоков, введение должности врача общей практики, приоритет развития амбулаторно-поликлинического звена с упором на профилактику заболеваний и т.д. Подобные шаги продиктованы необходимостью повышения качества и доступности медицинских услуг, рационализации использования ограниченных финансовых ресурсов в медицине, улучшения медико-демографических показателей населения. Во всем мире актуальными остаются вопросы соотношения государственного и рыночного начал в здравоохранении, повышения мотивации работников медицинских учреждений, профилактики заболеваний с целью снижения их экономической затратности.

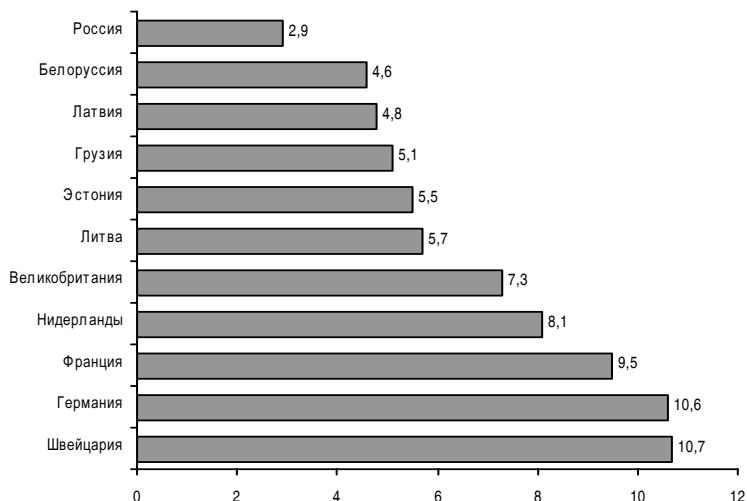
¹ Там же.

Отдельные элементы всех вышеперечисленных направлений существуют в США, Франции, Великобритании, Германии, Ирландии, Италии и многих других странах. Россия во многом уступает им в плане характеристики общественного здоровья и выделения государством средств на нужды здравоохранения. Поэтому актуальность реформ, соответствующих мировым тенденциям развития отрасли, в России особенно велика.

Изменение общественного строя и командно-административной системы управления здравоохранением в России в начале 1990-х годов привело к необходимости реформирования отрасли на базе новых, рыночных, отношений. Этому «способствовало» кризисное состояние экономической и политической жизни страны, негативные последствия которого отразились на здоровье россиян, что привело к увеличению количества обращений за квалифицированной медицинской помощью. Однако, в силу тех же самых причин, отечественная система здравоохранения не смогла дать адекватного ответа на сложившийся круг проблем.

Сегодня Россия значительно отстает от многих западных стран в вопросе финансирования отрасли здравоохранения (в 1,5 – 2 раза от бывших в составе СССР стран и в 2,5 – 3 раза от европейских государств; рисунок).

Общие расходы на здравоохранение в Европе в 2003 г. (в % от ВВП)*



* Материалы парламентских слушаний и заседаний круглого стола (с 14 октября 2004 г. по 2 февраля 2005 г.). – М., 2005. – 149 с.

В 1999 г. удельный вес населения, имевшего устойчивый доступ к основным лекарственным средствам, был равен 50 – 79%, тогда как в развитых странах мира – 95 – 100%¹.

В 2001 г. государственные расходы на здравоохранение в расчете на душу населения в РФ составляли 310 долл. США (по паритету покупательной способности), что в 7 раз меньше, чем в США (2168 долл.), в 6,8 раза – чем в Германии (2113 долл.), в 6,3 раза – чем во Франции (1951 долл.), в 5,3 раза – чем в Великобритании (1634 долл.)². При этом отставание России по показателю ВРП было заметно меньшим: 7100 долл. в РФ против 34320 долл. в США (в 4,8 раза), 25350 долл. в Германии (в 3,6 раза), 23990 долл. во Франции (в 3,4 раза), 24160 долл. в Великобритании (в 3,4 раза).

Одним из наиболее показательных индикаторов общественно-го здоровья является уровень смертности и продолжительности жизни населения. Кроме того, именно демографические процессы лежат в основе долгосрочных тенденций, которые определяют социально-экономическое развитие государства. Учитывая этот факт, необходимо отметить, что за последние 20 лет демографические показатели в РФ значительно ухудшились. В программе социально-экономического развития РФ на среднесрочную перспективу наряду с характеристикой сложившейся на территории страны демографической ситуации отмечается следующее: «Средняя продолжительность жизни граждан на 10 – 12 лет ниже, чем в странах с развитой экономикой. Смертность населения в период с 1993 по 2003 г. увеличилась на 13,1%, в том числе лиц в трудоспособном возрасте – на 6,7%. Высокими по сравнению со среднеевропейскими показателями остаются уровни материнской, младенческой и детской смертности. Только треть детей в возрасте до 18 лет здоровы. Растет потребность в медицинской помощи, так как течение болезней становится более тяжелым и длительным. Увеличивается удельный вес запущенных патологий, лечение которых требует значительных затрат»³. По сравнению с 1980 г. численность населе-

¹ Доклад о развитии человека. – 2004. – С. 202-205.

² Там же.

³ Программа социально-экономического развития Российской Федерации на среднесрочную перспективу (2006 – 2008 гг.). – С. 32.

ния увеличилась со 138,8 до 144,2 млн. человек, однако доля лиц моложе трудоспособного возраста сократилась с 32 до 25 млн. чел., а старше трудоспособного возраста, наоборот, возросла с 23 до 29 млн. чел. Показатель рождаемости при этом снизился с 16 до 10 чел. на 1 тыс. населения, а уровень смертности увеличился с 11 до 16 чел. на 1 тыс. населения. Как следствие, естественный прирост населения снизился с 4,9 до -6,2 чел. на 1 тыс. населения. Аналогичные негативные тенденции характерны как для России в целом, так и для СЗФО и Вологодской области (табл. 1).

Таблица 1. Динамика демографических показателей на территории РФ, СЗФО и ВО (на 1 тыс. чел. нас.)

Показатель	Годы										
	1980	1985	1990	1995	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
<i>Российская Федерация</i>											
Рождаемость	15,9	16,6	13,4	9,3	8,6	8,8	8,3	8,7	9,1	9,8	10,2
Смертность	11,0	11,3	11,2	15,0	13,8	13,6	14,7	15,4	15,6	16,3	16,4
Естественный прирост	4,9	5,3	2,2	-5,7	-5,2	-4,8	-6,4	-6,7	-6,5	-6,5	-6,2
<i>СЗФО</i>											
Рождаемость	15,2	15,7	11,9	7,9	7,5	7,6	7,1	7,6	8,1	8,8	9,4
Смертность	11,0	11,4	11,1	15,8	13,6	13,7	15,4	16,2	16,7	17,4	18,4
Естественный прирост	4,2	4,3	0,8	-7,9	-6,1	-6,1	-8,3	-8,6	-8,6	-8,6	-9,0
<i>Вологодская область</i>											
Рождаемость	16,2	17,7	13,4	8,6	8,3	8,2	7,9	8,6	9,2	9,8	10,4
Смертность	12,1	12,7	11,9	16,2	14,7	14,4	15,8	15,7	17,1	18,0	19,8
Естественный прирост	4,1	5,0	1,5	-7,6	-6,4	-6,2	-7,9	-7,1	-7,9	-8,2	-9,4

* Здесь и далее – данные Государственного комитета статистики.

Россия сильно отстает от западных стран по уровню продолжительности жизни. По оценкам ВОЗ ожидаемая средняя продолжительность здоровой жизни (HALE) в России на 2002 г. составляла 58,6 года. Это соответствует уровню таких стран, как Гондурас (58,4), Египет (59,0), Индонезия (58,1), КНДР (58,8), Филиппины (59,3) и т.д. В развитых странах данный показатель близок к 70 годам (Великобритания – 70,6, Германия – 71,8, США – 69,3, Франция – 72, Япония – 75)¹. Надо также отметить, что на территории Российской Федерации низкий уровень жизни сохраняется на протяжении всего периода измерений, при этом каких-либо существенных позитивных изменений не наблюдается (табл. 2).

¹ Всемирная организация здравоохранения. Сводная информация с <http://www.who.int/whosis>

Таблица 2. Ожидаемая продолжительность жизни в России (в годах)

	1985 – 1986 г.	1990 г.	1995 г.	2000 г.	2001 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.
Всего	69,3	69,2	64,6	65,3	65,3	64,8	65,1	65,3
Муж.	63,8	63,8	58,3	59,0	59,0	58,5	58,8	58,9
Жен.	74,0	74,3	71,7	72,2	72,3	72,0	72,0	72,30

Все эти цифры говорят о том, что попытки реформировать отрасль здравоохранения на протяжении 20 лет не были в достаточной степени продуманными и поэтому не привели к положительным итогам.

В большинстве западных стран с начала 1990-х г. также наблюдается снижение уровня рождаемости и естественного прироста населения, однако по сравнению с Россией его темпы не

Таблица 3. Коэффициенты рождаемости, смертности и естественного прироста (на 1 тыс. чел. населения)

Страна	Показатель	1990 г.	1995 г.	2000 г.	2001 г.	2002 г.
Россия	Рождаемость	13,4	9,3	8,7	9,1	9,8
	Смертность	11,2	15,0	15,4	15,6	16,3
	Естественный прирост	2,2	-5,7	-6,7	-6,5	-6,5
Великобритания	Рождаемость	13,9	12,5	11,4	11,2	11,1
	Смертность	11,2	10,9	10,2	10,1	10,2
	Естественный прирост	2,7	1,6	1,2	1,1	0,9
Германия	Рождаемость	11,4	9,4	9,3	9,0	8,8
	Смертность	11,5	10,8	10,2	10,0	10,3
	Естественный прирост	-0,1	-1,4	-0,9	-1,0	-1,5
Италия	Рождаемость	9,8	9,2	9,4	9,3	9,3
	Смертность	9,4	9,7	9,7	9,6	10,0
	Естественный прирост	0,4	-0,5	-0,3	-0,3	-0,7
Канада	Рождаемость	15,2	12,9	10,8	10,6	11,1
	Смертность	7,2	7,2	7,5	7,3	7,5
	Естественный прирост	8,0	5,7	3,3	3,3	3,6
США	Рождаемость	16,7	14,8	14,7	14,1	14,2
	Смертность	8,7	8,8	8,7	8,5	8,6
	Естественный прирост	8,0	6,0	6,0	5,6	5,6
Франция	Рождаемость	13,5	12,5	13,2	13,1	12,7
	Смертность	9,3	9,1	9,1	8,9	9,1
	Естественный прирост	4,2	3,4	4,1	4,2	3,6
Швейцария	Рождаемость	12,5	11,7	10,9	10,1	9,9
	Смертность	9,5	9,0	8,7	8,4	8,4
	Естественный прирост	3,0	2,7	2,2	1,7	1,5
Швеция	Рождаемость	14,5	11,7	10,2	10,3	10,3
	Смертность	11,1	11,0	10,5	10,5	10,5
	Естественный прирост	3,4	0,7	-0,3	-0,2	-0,2

столь стремительны (табл. 3). Это является следствием не только социально-экономической нестабильности в стране, но и низкой эффективности работы системы здравоохранения.

Директор Института США и Канады РАН С.М. Рогов предлагает разделять все функции государства на «традиционные» и «современные». К первым относится поддержание обороноспособности и порядка в стране, ко вторым – социальные функции. На сегодняшний день развитые страны тратят на «традиционные» функции 5,3%, а на «современные» – 17,8% ВВП, т.е. соотношение составляет 1 к 3,4. Федеральный бюджет России в 2006 г. на выполнение «традиционных» функций предусматривает 6% ВВП, а на выполнение «современных» – 3,5%, т.е. соотношение составляет 1,7 к 1. По мнению С.М. Рогова, такая структура бюджетных расходов соответствует «государству XIX, а не XXI века». Актуальность реформ в отечественном здравоохранении была и остается. При этом очевидно, что их фундаментальной базой должна быть достаточная финансовая поддержка государства.

На современном этапе развития общества перед российским здравоохранением, функционирующим в условиях ресурсного дефицита (трудовые ресурсы, помещения, оборудование, медикаменты, денежные средства), проблема справедливого распределения доступных ресурсов, при котором они могут принести максимальную пользу, стоит наиболее остро. Решение ее зависит от оценки возможных вариантов распределения ресурсов. Принятие единственно правильного решения сопряжено с учетом экономических, технологических, социальных, политических и других факторов, ориентированных, в первую очередь, на экономическую сторону решения проблемы. В то же время развиваются социальные институты в обществе. С каждым годом все большая часть населения осознает, что может являться активным участником распределения общественных ресурсов. Открытость бюджетного процесса во многом остается таковой лишь для незначительного числа граждан, преимущественно участников самого процесса принятия бюджета. Процедура создания бюджета нуждается в серьезной реформе с целью достижения внятных и близких общественным интересам результатов.

Существенным шагом вперед в этом направлении стало принятие Постановления Правительства РФ от 22 мая 2004 года №249 «О мерах по повышению результативности бюджетных расходов». Этим Постановлением утверждена Концепция реформирования бюджетного процесса в Российской Федерации в 2004 – 2006 годах. Суть реформы бюджетного процесса состоит в смещении акцентов в бюджетном процессе с «управления бюджетными ресурсами (затратами)» на «управление результатами» путем повышения ответственности и расширения самостоятельности участников бюджетного процесса и администраторов бюджетных средств в рамках среднесрочных ориентиров.

Сегодня такой подход является закономерным итогом структурных преобразований, происходящих в сфере здравоохранения на протяжении последних лет: в ходе эволюции различных концепций финансирования и управления отраслью сложилось вполне обоснованное решение о необходимости рационализации использования бюджетных средств. В настоящее время методика БОР применяется во многих развитых странах (США, Германия, Франция, Австралия и т.д.), что свидетельствует о перспективности данного подхода, однако при разработке соответствующих преобразований необходимо учитывать специфику исключительно российских условий, и в частности особенности развития различных подходов к управлению отечественной системой здравоохранения.

Ориентация отрасли на смену принципов финансирования нашла отражение не только в нормативно-правовых документах федерального уровня (*прил. 1*). Отдельные предпосылки реформы содержатся и в региональных концепциях и программах. Так, например, в концепции «Вологодская область – Здоровье-21: долгосрочная политика охраны и укрепления здоровья населения Вологодской области» среди основных направлений развития отрасли отмечается необходимость рационализации и обоснования использования бюджетных средств (ст. 3.17), децентрализации управления (ст. 2.6), совершенствования системы индикаторов качества медицинского обслуживания населения (ст. 3.16)¹. В документе

¹ Концепция «Вологодская область – Здоровье-21: долгосрочная политика охраны и укрепления здоровья населения Вологодской области». – Вологда, 2000. – 14 с.

«Основные положения стратегии социально-экономического развития Вологодской области на период до 2010 года», утвержденном постановлением Правительства области 16 апреля 2003 г., среди важнейших задач развития здравоохранения отмечены ¹:

1. Повышение эффективности работы первичного звена, в том числе профилактической медицины.

2. Проведение структурных преобразований в сфере здравоохранения с целью оптимизации сети лечебно-профилактических учреждений.

3. Создание условий для развития негосударственного сектора здравоохранения.

Учитывая достаточно давнюю историю дискуссий вокруг проблемы недофинансирования отечественной системы здравоохранения, можно сказать, что теоретическая и практическая значимость региональных исследований данного вопроса в настоящее время заключается прежде всего в научно обоснованном анализе методов оценки и способов повышения эффективности финансовых потоков внутри сферы здравоохранения на уровне субъектов РФ.

В целях оптимизации перехода региональной системы здравоохранения на финансирование по принципам бюджетирования, ориентированного на результат, сегодня необходима тщательно разработанная теоретическая основа предстоящей реформы, анализ ее сильных и слабых сторон, изучение отечественного и зарубежного опыта аналогичных преобразований.

В данной монографии представлены результаты исследований специалистов ВНКЦ ЦЭМИ РАН и департамента здравоохранения Вологодской области по различным аспектам применения БОР в здравоохранении региона.

Реформы в системе здравоохранения должны быть продиктованы не только объективной необходимостью, но и исторически сложившимися традициями функционирования отрасли. В связи с этим значительная часть монографии посвящена характеристике экспе-

¹ Стратегия экономического роста – 2015 / Колл. авт. под рук. д.э.н., профессора В.А. Ильина. – Вологда: ВНКЦ ЦЭМИ РАН, 2005. – 224 с.

риментов по внедрению нового хозяйственного механизма (НХМ) и системы обязательного медицинского страхования (ОМС), которые предшествовали концепции бюджетирования, ориентированного на результат, и оказали большое влияние на реформирование отрасли в начале 21 века.

Необходимым условием отслеживания результатов деятельности медицинских учреждений является четкий перечень индикаторов, характеризующих состояние общественного здоровья, а также хорошо отлаженный механизм сбора соответствующей информации. Рассмотрению данного вопроса посвящена вторая глава монографии, в которой дается теоретическое обоснование системы индикативного планирования и основные результаты мониторинга деятельности отрасли здравоохранения Вологодской области.

Третья глава включает в себя анализ различных методик оценки эффективности денежных расходов, в совокупности составляющих финансовый макроанализ функционирования отрасли. Финансовый макроанализ позволяет достаточно точно определить классы болезней и отдельные заболевания, являющиеся наиболее затратными с точки зрения финансовых расходов. Кроме того, данный метод позволяет своевременно выявлять потребности здравоохранения на уровне районов, что необходимо при распределении бюджетных средств и принятии других управленческих решений.

ГЛАВА 1

ОСНОВНЫЕ ЭТАПЫ РЕФОРМИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В КОНЦЕ 20 – НАЧАЛЕ 21 ВЕКА

1.1. Опыт реформирования отечественной системы здравоохранения на основе нового хозяйственного механизма

С 1987 г. три территории России (Кемеровская обл., Куйбышевская обл., г. Ленинград) по решению Правительства вступили в эксперимент по отработке новых форм планирования, финансирования и управления здравоохранением. К 1989 г. эксперимент охватил практически всю территорию СССР.

Необходимость перемен была вызвана недостаточной эффективностью в отрасли использования бюджетных средств. «Сложившаяся система управления здравоохранением, опирающаяся преимущественно на административно-командные методы, имеющийся хозяйственный механизм, не обеспечивала серьезных стимулов для улучшения медицинской помощи, напротив, она нацеливала коллективы медиков на экстенсивный рост внутриотраслевых показателей (койко-дни, посещения и т.д.), практически не отражающих состояние здоровья населения и уровень медицинской помощи»¹.

Новый подход затрагивал учреждения здравоохранения, частично или полностью финансируемые из бюджета. Он предусматривал широкое использование экономических методов управления и переход от отраслевого к территориальному принципу распределения ресурсов. Основной целью нового хозяйственного механизма являлось «более полное удовлетворение потребностей населения

¹ Бурдин Н.Н., Гречко Ю.Е. и др. Совершенствование деятельности территории на основе экономических методов управления (учебно-методические рекомендации). – Кемерово, 1989.

в квалифицированной медицинской помощи; обеспечение бесплатности, гарантированности и доступности ее всем сословиям населения, эффективное использование кадровых, материальных, финансовых ресурсов и научного потенциала общества, направленных на улучшение здоровья населения»¹.

Целью внедрения НХМ являлось повышение качества и улучшение доступности медицинской помощи за счет включения экономических стимулов, заинтересовывающих медицинские учреждения в эффективном использовании ресурсов, и обеспечения жесткой зависимости благополучия медицинских учреждений и каждого медицинского работника от качества деятельности и достигнутых конечных результатов (практически идентично принципам внедряемого в настоящее время бюджетирования, ориентированного на результат).

Для реализации поставленных целей основная часть бюджетных средств передавалась городам и районам исходя из подушевого норматива (*процедура выравнивания условий для населения в получении бюджетных услуг*). Для этих территорий утверждался норматив фонда оплаты труда (*стимулировалось изменение штатных расписаний без потери фонда оплаты труда*). Одновременно планировались конкретные показатели конечных результатов, характеризующие состояние здоровья контингента и качество деятельности, утверждались «штрафы» за недостижение запланированных результатов и методика формирования интегральной оценки достижения конечных результатов (коэффициент достижения результата).

Города и районы передавали средства по нормативу поликлиникам, а в них – первичному звену (группам из участковых врачей и, по возможности, основных узких специалистов), планируя для них конечные результаты, в том числе показатели здоровья обслуживаемого контингента (*стимулирование развития профилактической медицины*). Для остальных медицинских учреждений утверждались цены на медицинские услуги, норматив фонда оплаты труда на 1 руб. дохода и планировались конечные результаты, характеризующие в первую очередь качество оказываемых медицинских услуг (*как правило, на основе медико-экономических стандартов*).

¹ Положение о новом хозяйственном механизме в здравоохранении // Сборник нормативно-методических документов по переводу на новые условия хозяйствования учреждений здравоохранения. – Т. 1. – М., 1989. – С. 5.

Таким образом обеспечивалась *самостоятельность* медицинских учреждений в расходовании полученных по нормативу или заработанных за предоставление услуг средств (*уже в те годы медицинские учреждения выступали не в роли получателя бюджетных средств, а в роли администратора бюджетных расходов*). Сформированная прибыль (после умножения на коэффициент достижения результата) оставалась в распоряжении учреждений и использовалась для материального поощрения работников, производственного и социального развития учреждений. Активно стимулировалось внедрение в учреждениях коллективного подряда, при котором оплата труда подразделения зависела от количества (измеряемого, как правило, с помощью цен на медицинские услуги) и качества (измеряемого с помощью коэффициента достижения результата или другими способами) труда. Индивидуальный заработок при этом не ограничивался.

Передача прав финансирования первичному звену делала его заказчиком медицинской помощи, несущим, в меру возможного, ответственность за здоровье контингента, и заинтересовывала в активной профилактической работе. Чем здоровее контингент, тем меньше он нуждается в дорогостоящих видах лечения и тем больше средств остается в распоряжении первичного звена. Все остальные учреждения были заинтересованы предоставить услуги первичному звену. По замыслу, должна была начаться конкуренция, появиться, своего рода, рынок медицинских услуг (*и это в 1987 г., когда на уровне государства о рынке еще ничего не было сказано*). Качество всех видов медицинской помощи оценивалось с помощью детальных стандартов качества (медико-экономических стандартов), включающих по всем нозологиям (диагнозам) с учетом степени тяжести перечень минимально необходимых видов обследования и лечения, а также параметры, характеризующие состояние больного при выписке. Такие стандарты были самостоятельно разработаны управлениями здравоохранения некоторых городов и областей (Куйбышевской, Кемеровской, Вологодской, Красноярская и др.) и внедрены в практику. Опираясь на стандарты, эксперт с помощью простейшей методики определял уровни качества лечения (диспансеризации) конкретных пациентов. Уровень качества мог прямо влиять на оплату услуги (заказчик неполностью оплачивал стоимость услуги), быть основанием для предъявления штрафных санкций или входить

в планируемые показатели конечных результатов (показатель результативности модели конечных результатов). Для предотвращения возможных попыток сэкономить на больном предусматривалась развитая система защиты прав пациента.

Новый хозяйственный механизм медицинских учреждений должен был обеспечить такое преобразование производственных отношений, при котором коллективы учреждений, отделений, бригад были бы экономически заинтересованы в достижении высоких конечных результатов, оказывая необходимое населению объем качественной медицинской помощи при эффективном использовании ресурсов.

При этом следует учесть, что хозяйственный механизм, действовавший в здравоохранении, имел ряд принципиальных особенностей, отличающих его от механизма, закрепленного в «Законе о государственном предприятии»:

1. Объем лечебно-профилактической помощи населению и прочих видов услуг, оказываемых в медицинских объединениях и учреждениях системы здравоохранения, определялся ресурсами бюджетного финансирования.

2. Все взаиморасчеты производились на основе цен, базирующихся на средней себестоимости за предшествующий период. В цены не входила плановая прибыль, источниками фактической прибыли являлось лишь рациональное использование ресурсов, снижение себестоимости и увеличение объема услуг.

3. В цены и механизм взаиморасчетов не включались амортизационные отчисления и расходы по таким статьям сметы, как 12 – оборудование и 16 – капремонты (эти статьи расходовали централизованно); поэтому для хозяйственного механизма, сформировавшегося в здравоохранении, понятия «самофинансирование» и «самокупаемость» были неприемлемы.

Для учреждений здравоохранения были разработаны две специфические модели хозяйственного механизма: поликлиническая (модель 1) и стационарная (модель 2).

В соответствии с поликлинической моделью коллектив брал на себя ответственность за поддержание и улучшение здоровья обслуживаемого контингента населения (в пределах компетенции здравоохранения), получая для выполнения своих функций бюджетные средства по нормативу на жителя (позднее эту модель стали называть полным фондодержанием).

Согласно стационарной модели коллектив брал обязательства оказывать конкретные услуги пациентам с гарантированным качеством, получая за это оплату от поликлиник.

Отделы здравоохранения в экспериментальных областях, руководствуясь *моделью конечного результата деятельности (МКР)* здравоохранения, включающей показатели результативности (данные о состоянии здоровья) и показатели дефектов, располагая определенными финансовыми ресурсами в расчете на одного жителя в год, заключали с головными и районными территориальными медицинскими объединениями (РТМО), горздравотделами и центральными районными больницами договоры на оказание лечебно-профилактической, диагностической, реабилитационной и других видов медицинской помощи населению (аналогично БОР – публичные соглашения с администраторами бюджетных расходов). В свою очередь, администрации РТМО, ГТМО, горздравотделов заключали аналогичные договоры с конкретными ТМО (поликлиниками).

При организации работы медицинских объединений, учреждений и подразделений, оказывающих медицинскую помощь населению, существовали особенности планирования, финансирования и оценки деятельности различных типов подрядных коллективов медицинских работников.

«В результате внедрения НХМ была выработана целевая модель государственной системы здравоохранения, где центральным звеном стал сектор первичной медико-санитарной помощи (ПМСП). В качестве основного элемента, обеспечивающего переход к этой модели, было выбрано внедрение нового, достаточно жесткого и ориентированного на конечный результат механизма финансирования ЛПУ»¹. Для повышения эффективности использования ресурсов в здравоохранении перед учреждениями, функционирующими в условиях НХМ, была поставлена задача повышения экономической ответственности за результаты деятельности, а также введения такой системы оплаты труда, при которой она прямо зависела бы от его качества. Таким образом, финансирование ЛПУ было обусловлено не только экономической эффективностью использования средств,

¹ Аналитический обзор зарубежного и отечественного опыта реформирования и управления системой здравоохранения: Материалы к конф. – Новосибирск: ППРСИ, 2002. – С. 55.

но и конечными результатами его деятельности. С этой целью одновременно с НХМ была внедрена специальная система оценки качества деятельности на основе модели конечных результатов. Аналогичные изменения ожидают систему здравоохранения и в условиях перехода к бюджетированию, ориентированному на результат. Усиление наименее затратного, амбулаторного, звена, повышение экономической и функциональной ответственности подразделений, а также тесная зависимость финансирования ЛПУ от конечных результатов деятельности – все эти положения планируется внедрить в рамках перехода здравоохранения на финансирование по принципам БОР, поэтому накопленный опыт НХМ в данном случае имеет очень важное значение.

Реформирование здравоохранения, начатое в 2005 г. (переход к бюджетированию, ориентированному на результат), во многом созвучно изменениям, происходившим в рамках перехода к НХМ. Общими чертами обеих концепций являются:

- Изменение системы бюджетного финансирования отрасли – переход от выделения средств по отдельным статьям расходов к финансированию по долговременным стабильным нормативам.

- Установление тесной зависимости вложенных средств и оплаты труда от конечных результатов деятельности медицинских учреждений.

- Развитие самостоятельности и инициативы учреждений здравоохранения.

- Ориентация нормативов бюджетного финансирования, служащих для расчета общей суммы финансовых средств, на возмещение материальных и приравненных к ним затрат.

Положение Комиссии по совершенствованию хозяйственного механизма при Совете Министров СССР «О новом хозяйственном механизме в здравоохранении» (далее – Положение 1989 г.) в качестве главных дополнительных источников финансирования устанавливало оказание медицинскими учреждениями сверхнормативных (сверх нормативов по договору с государственными и частными предприятиями) и платных услуг (данный вид деятельности не должен был осуществляться взамен оказания бесплатной медицинской помощи).

Размер оплаты труда медицинского персонала в рамках учреждения по новому хозяйственному механизму рассчитывался следующими способами:

⇒ Заработная плата и материальное поощрение работникам выплачивались из соответствующих фондов, образованных за счет отчислений от общей суммы средств из всех источников финансирования по установленному нормативу.

⇒ Фонд оплаты труда формировался по остаточному принципу после возмещения материальных и приравненных к ним затрат другим организациям, выплаты процентов за кредит и организации фонда производственного и социального развития.

⇒ Фонд оплаты труда формировался в процентах от общей суммы поступлений после возмещения материальных затрат сторонним организациям и выплаты процентов за кредит. Причем оплата труда работников учреждений здравоохранения и их материальное стимулирование осуществлялись в зависимости от количества и качества труда, а также личного вклада каждого работника в достижение конечных результатов.

Равно как и при управлении здравоохранением по принципам БОР, новый хозяйственный механизм предусматривал ориентацию деятельности медицинских учреждений на будущие результаты. Так, главной формой планирования и организации деятельности учреждения выступал пятилетний план экономического и социального развития (в системе БОР – планирование на среднесрочную перспективу до 3 лет), причем в целях повышения самостоятельности и ответственности учреждения этот план составлялся им самим в соответствии с контрольными показателями вышестоящей организации (численность и состав обслуживаемого контингента, объем и качество выполняемых медицинских услуг и т.д.), которые в целом носили рекомендательный, а не директивный характер. Исходными данными планирования являлись: контрольные цифры, государственный заказ, долговременные экономические нормативы и лимиты, доводимые вышестоящими органами здравоохранения до медицинских учреждений в установленном порядке. Количественные показатели заключались в сведениях о состоянии здоровья населения (смертность, утрата трудоспособности и т.д.). Эталоны (стандарты) качества оказания медицинских услуг отражали необходимые объемы диагностических и лечебных мероприятий, а также клинко-параклинические показатели, которые необходимо достигнуть при завершении оказания помощи. В качестве контрольных показателей

использовались индикаторы развития материально-технической базы учреждения и развития трудового коллектива (создание условий труда и отдыха, обеспеченность сотрудников жильем и т.д.)¹.

Контроль за деятельностью учреждения в условиях НХМ, осуществлявшийся вышестоящим органом управления, также во многом соответствовал принципам БОР. Как было отмечено в методических рекомендациях по контролю качества медицинской помощи в учреждениях здравоохранения (1989 г.), «говоря о контроле или оценке медицинской помощи, приоритет должен быть отдан показателям, отражающим ее эффективность, то есть степень достижения конкретных результатов с учетом производственных затрат»². Таким образом, основой оценки деятельности учреждений должна была стать степень достижения конечных результатов и удовлетворения потребности населения в медицинской помощи. При оценке эффективности работы медицинской организации планировалось использовать систему показателей конечных результатов деятельности учреждений, расположенных на данной территории; соответствующие показатели разрабатывались на базе изучения удовлетворенности населения качеством медицинских услуг, оценки состояния здоровья населения, экспертных оценок проведенных мероприятий, расчета затрат деятельности учреждений и т.д. Большие надежды возлагались на широкое применение социологических методов получения информации (опрос, анкетирование и др.). В целом система контроля качества должна была включать в себя: планирование конкретных результатов медицинской помощи, осуществление экспертной оценки, проведение социологического изучения, расчет производственных затрат, статистическую обработку и анализ полученной информации.

Согласно документу «Примерный порядок организации перевода учреждений здравоохранения административной территории на новые условия хозяйствования» (1989 г.) для оценки действующих

¹ Временные методические рекомендации по планированию деятельности учреждения здравоохранения в новых условиях хозяйствования // Сборник нормативно-методических документов по переводу на новые условия хозяйствования учреждений здравоохранения. – Т. 1. – М., 1989. – С. 211.

² Контроль качества медицинской помощи в учреждениях здравоохранения // Сборник нормативно-методических документов по переводу на новые условия хозяйствования учреждений здравоохранения. – Т. 1. – М., 1989. – С. 5.

показателей эффективности деятельности различных учреждений системы здравоохранения рекомендовались новые критерии¹:

1. Для амбулаторно-поликлинических учреждений – один прикрепленный житель (с учетом дифференциации по группам здоровья).

2. Для стационаров – один пролеченный больной в зависимости от категории сложности лечения.

3. Для служб скорой помощи – количество вызовов, дифференцированных по категориям сложности.

4. Для консультативных поликлиник, диагностических центров, поликлинических отделений диспансеров – число консультативных приемов и диагностических исследований.

5. Для учреждений судебно-медицинской экспертизы и патолого-анатомической службы – количество судебно-медицинских экспертиз и патологоанатомических исследований, дифференцированных по сложности.

6. Для санэпидстанций – количество обслуживаемого населения с учетом санитарно-гигиенической обстановки в регионе.

Как показали результаты эксперимента, начавшегося в 1987 г. в Кемеровской и Куйбышевской областях и в г. Ленинграде, ни одна из трех территорий не смогла полностью реализовать все принципы НХМ в силу недостаточной проработки реформы на всесоюзном уровне. Поэтому существенных улучшений в деятельности учреждений здравоохранения не произошло и показатели здоровья населения в целом остались на прежнем уровне. Так, в 1987 и 1988 гг. общая смертность составила соответственно 11,6 и 11,7 чел. на 100 тыс. населения в Ленинграде, 10,5 и 9,9 – в Куйбышевской обл., 10,5 и 10,3 – в Кемеровской. Частота первичного выхода на инвалидность в 1987 – 1989 гг. изменилась с 61,9 на 50,6 в Ленинграде, с 68,7 на 48,2 – в Куйбышевской и с 37,4 на 38,6 – в Кемеровской областях. Число дней нетрудоспособности за указанный период уменьшилось в Ленинграде (с 1303,1 до 1225,9) и увеличилось в Куйбышевской и Кемеровской областях (с 844,7 до 940,2 и с 894 до 1021 соответственно).

¹ Примерный порядок организации перевода учреждений здравоохранения административной территории (республики без областного деления, края, области) на новые условия хозяйствования // Сборник нормативно-методических документов по переводу на новые условия хозяйствования учреждений здравоохранения. – Т. 1. – М., 1989. – С. 21.

Вместе с тем стоит отметить, что переход здравоохранения от командно-административных к рыночным методам управления повысил эффективность организации деятельности медицинских учреждений, способствовал развитию новых прогрессивных форм медицинской помощи, более рациональному использованию имевшихся ресурсов, отбору больных на госпитализацию, создал условия для стимулирования развития качества предоставляемых медицинских услуг. Все это способствовало увеличению степени доступности медицинской помощи для населения, повышению удовлетворенности пациентов качеством лечения, а также уменьшению числа вызовов скорой помощи и количества обращений с жалобами (на 25 – 30%). За период с 1987 по 1989 г. средняя продолжительность пребывания больного на койке уменьшилась в Ленинграде с 17 до 16,9 дня, в Кемеровской области – с 15,9 до 15,6 дня, в Куйбышевской – с 15,3 до 14,4 дня. За тот же период уровень госпитализации снизился с 20,6 до 19,7 в Ленинграде, с 28,8 до 25,9 в Кемеровской области и с 25,8 до 24 в Куйбышевской. В 1988 – 1989 г. на указанных территориях произошло сокращение коечного фонда стационаров: в Ленинграде – на 5,8% (3300 коек), в Кемеровской области – на 8,7% (3836 коек), в Куйбышевской – на 4,2% (1621 койка). При этом в Ленинграде было открыто 35 дневных стационаров (316 коек), в Кемеровской области – 44 (830 коек), в Куйбышевской – 40 (1105 коек).

В дальнейшем эти области продолжили реструктуризацию системы здравоохранения в направлении сокращения коечного фонда и усиления амбулаторного звена. В 1995 – 2003 гг. количество коек на 10 тыс. населения в Ленинградской, Кемеровской и Самарской (бывшей Куйбышевской) областях сократилось соответственно со 101 до 93, 124 до 97 и 110 до 87, при этом мощность амбулаторно-поликлинических учреждений (количество посещений за одну смену) возросла с 249 до 250, 221 до 237 и 211 до 232. Вместе с тем на естественном приросте населения этот факт в целом не отразился. В Ленинграде его уровень возрос с -0,8 до -0,7, в Кемеровской и Самарской областях уменьшился соответственно с -0,5 до -0,7 и с 0,2 до -0,6.

В соответствии с временным положением «О территориальном медицинском объединении» новый хозяйственный механизм в здравоохранении предусматривал коренную реструктуризацию учреждений. Основным звеном в системе оказания лечебно-профилакти-

ческой помощи являлось Территориальное медицинское объединение, которое представляло собой комплекс лечебно-профилактических и других учреждений и организаций, функционально и организационно связанных между собой¹. На экспериментальных территориях создавались различные варианты ТМО. Наибольших успехов достигла Самарская область, где ТМО представляло собой амбулаторно-поликлиническое объединение, оказывавшее помощь взрослому и детскому населению. В структуру объединения входили акушерско-педиатрические терапевтические комплексы, за каждым из которых закреплялось от 8 до 15 тыс. населения. Такая структура обеспечивала наиболее выгодное взаимодействие сотрудников и подразделений ЛПУ.

Поскольку финансирование ЛПУ напрямую зависело от конечных результатов их деятельности, важное значение уделялось разработке модели оценки деятельности ЛПУ. Использование модели контроля результатов (МКР) на экспериментальных территориях производилось по-разному. Так, если в Кемеровской области оценка конечных результатов деятельности осуществлялась на уровне не ниже ЛПУ, то в Самарской области МКР использовалась на уровне подразделения (бригады). В Кемеровской области применялась пятиступенчатая модель контроля качества с последующей перспективой сокращения количества ступеней. В Самарской области система оценки качества деятельности ЛПУ основывалась преимущественно на разработанных стандартах качества, в г. Ленинграде к этому методу добавлялась методика экспертного анализа случаев, выходящих за рамки этих стандартов.

В целях повышения эффективности деятельности ЛПУ и усиления экономических стимулов для персонала медицинских учреждений НХМ предусматривал введение подразделений нового типа внутри ЛПУ – бригады и коллективного подряда. В отличие от бригадной формы организации и оплаты труда, при которой фонд заработной платы устанавливался вышестоящим органом управления и распределялся между членами бригады, в условиях коллективного подряда каждое подразделение ЛПУ само зарабатывало себе средства, что означало тесную увязку размера оплаты труда и

¹ Временное положение о территориальном медицинском объединении // Сборник нормативно-методических документов по переводу на новые условия хозяйствования учреждений здравоохранения. – Т. 1. – М., 1989. – С. 25.

эффективности деятельности. В силу сложности подготовительной работы по организации коллективных подрядов они не нашли широкого применения на уровне всей отрасли, несмотря на то, что опыт экспериментальных территорий свидетельствовал о положительных результатах их использования.

Новый хозяйственный механизм в здравоохранении предусматривал, прежде всего, перевод отрасли на преимущественно экономические методы управления и организации деятельности. Другой характерной особенностью эксперимента было предоставление большей самостоятельности и, как следствие, ответственности ЛПУ и подразделениям внутри них. Ориентирование деятельности учреждений здравоохранения на достижение конкретных конечных результатов соответствует планам перехода отрасли на бюджетирование по принципам БОР, поэтому накопленный опыт НХМ должен способствовать этому процессу.

Одной из главных причин, обусловивших неполную реализацию принципов и задач НХМ, стала недостаточная степень заинтересованности в реформе высших органов государственной власти. При отсутствии целеполагания и планирования преобразований на уровне отрасли идея НХМ так и осталась экспериментальным проектом. В современных условиях перехода здравоохранения на бюджетирование, ориентированное на результат, этот недостаток был учтен и исправлен.

В настоящее время необходимо учесть те факторы, которые не были приняты во внимание при реформировании системы здравоохранения в конце 1980-х гг. и которые помешали реализовать новый подход полностью:

- НХМ внедрялся в условиях сложившегося бюджета и не сопровождался улучшением материально-технической базы.

- Не была решена проблема медикаментозного обеспечения.

- Перевод отрасли на новый уровень функционирования не сопровождался соответствующими изменениями в системе переподготовки медицинских кадров.

- В ряде случаев принципы НХМ не были доведены до работников медицинских учреждений в виде нормативных актов.

- Имела место психологическая неготовность медицинских работников к кардинальным изменениям (по данным социологических исследований, зависимость заработной платы от конечных результатов деятельности считали справедливой, например, только 59% представителей медперсонала в Кемеровской области).

➤ На некоторых экспериментальных территориях различные варианты организации ТМО оказались неэффективными.

➤ Для ряда медицинских служб (противотуберкулезной, наркологической) не была достаточно проработана модель финансирования.

➤ Норматив на одного жителя не включал амортизационные отчисления, в результате чего ЛПУ не получали возможности восстанавливать и развивать материально-техническую базу.

Таким образом, новый хозяйственный механизм подготовил здравоохранение к переходу на бюджетно-страховую медицину. Здравоохранение впервые стало определять себестоимость своих услуг и смогло в дальнейшем выступить равноправным партнером при заключении договоров со страховыми организациями. Внедрив оценку качества лечения с использованием медико-экономических стандартов, учреждения здравоохранения обозначили, что есть качество для потребителя (пациента), и смогли защищать в последующем свои права перед экспертами страховых организаций. Внедрение коллективного подряда, при котором оплата труда работников напрямую зависит от количества и качества труда, позволило повысить интенсивность и качество труда, высвободить внутренние резервы. Благодаря этому медицинские учреждения смогли принять участие в выполнении добровольных страховых программ и привлечь таким образом дополнительные средства.

Предварительное освоение экономических методов управления в рамках нового хозяйственного механизма обеспечило эластичный переход к бюджетно-страховой модели здравоохранения без ухудшения качества медицинской помощи.

Если бы в конце 1980-х гг. новый хозяйственный механизм был поддержан на государственном уровне, то отрасль здравоохранения могла бы уже полтора десятка лет реально применять принципы БОР, а реформа здравоохранения произошла бы к середине 1990-х гг. Но новейшая история России внесла коррективы в планы отрасли.

1.2. Особенности внедрения бюджетно-страховой системы здравоохранения

Несмотря на попытку оптимизировать функционирование здравоохранения при помощи НХМ, отрасль продолжала финансироваться по остаточному принципу и, как следствие, по-прежнему находилась в кризисном положении. Это во многом предопределило

начало внедрения нового эксперимента в области финансирования здравоохранения. Президент ассоциации медицинских страховых компаний Иркутской области кандидат медицинских наук А.А. Реморчук в качестве основной причины кризиса бюджетной системы финансирования здравоохранения отмечает: «Прежде всего это высокая стоимость содержания здравоохранения при неуклонном снижении возможности его финансирования из государственного бюджета, низкая оплата труда медицинских работников и уравнилельный принцип ее применения, иждивенческое отношение граждан к «бесплатным» медицинским услугам, их пассивность в поддержании собственного здоровья»¹.

Сегодня в мировой практике можно выделить три подхода к организации финансирования медицинских услуг (экономические модели)¹:

1. Платная медицина, основанная на рыночных принципах с использованием частного медицинского страхования.

2. Государственная медицина с бюджетной системой финансирования.

3. Система здравоохранения, основанная на принципах социального страхования и регулирования рынка с многоканальной системой финансирования.

Первая модель практиковалась в США в середине 90-х гг. Она характеризуется малым участием государства в области финансирования медицинских услуг. В основном медицина существует на платной основе, за счет самих потребителей. Механизм ее определяется рынком медицинских услуг, государство же берет на себя функцию удовлетворения потребностей только тех категорий населения, которые не вписываются в законы рынка (малоимущие, пенсионеры и безработные).

В условиях второй модели организации здравоохранения главным субъектом деятельности является государство, а все медицинские услуги финансируются за счет госбюджета, т.е. за счет налогов с предприятий и населения. Такая модель существует в Великобритании (с 1948 г.), Италии (с 1980 г.) и некоторых других странах Европы.

¹ Реморчук А.А. Обязательное медицинское страхование: итоги и проблемы // Газета «Восточно-Сибирская Правда». – 1999. – №2. – 12 янв. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.vsp.ru/23367/2-2-1.HTM>

Третью модель определяют как социально-страховую или систему регулируемого страхования здоровья. Государство и рынок выполняют одинаково важные функции: государство защищает социальные интересы, выступая в роли гаранта качественной и бесплатной медицинской помощи, рынок обеспечивает удовлетворение потребностей населения на сверхгарантированном уровне, обеспечивая свободу выбора. Преимуществом данной системы является многоканальное финансирование здравоохранения (из прибыли страховых организаций, отчислений от зарплаты, госбюджета). Такая модель практикуется, например, во Франции и Швейцарии.

Более подробно характеристика экономических систем здравоохранения¹ представлена в *таблице 1.1*.

Новый хозяйственный механизм создал в целом благоприятную основу для дальнейшего реформирования системы здравоохранения. В начале 1990-х гг. перед отечественным здравоохранением встал вопрос о выборе дальнейшего пути развития: совершенствование НХМ путем усиления правовых основ всех аспектов деятельности, улучшения системы оплаты труда и т.д. или переход на бюджетно-страховой принцип функционирования, заключающийся во введении института медицинских страховых организаций. Первый путь имел ряд существенных преимуществ, однако для этого необходимо было в 2–3 раза увеличить часть средств, выделяемых отрасли из валового национального дохода. В имеющихся условиях переход системы здравоохранения на бюджетно-страховой принцип финансирования оказался более предпочтительным.

Предоставив большую самостоятельность медицинским учреждениям, НХМ позволил им определять себестоимость своих услуг и, как следствие, выступать равноправными партнерами при заключении договоров со страховыми организациями. Благодаря оценке качества лечения на основе медико-экономических стандартов, у медицинских учреждений появилась возможность защищать свои права перед экспертами страховых организаций. Материальная заинтересованность работников в повышении качества деятельности (что было обеспечено организацией коллективных подрядов) создавала благоприятные условия для широкого распространения добровольных страховых программ и дополнительных средств финансирования отрасли.

¹ Бабич А.М., Егоров Е.В. Экономика и финансирование социально-культурной сферы. – Казань, 1996. – С. 243

Таблица 1.1. Экономические модели здравоохранения

Тип модели	Страна	Принцип, лежащий в основе модели	Доля расходов на здравоохранение (в % от ВВП)	Источники финансирования	Субъект контроля за эффективностью расходования средств	Доступность медицинского обслуживания	Регулирование цен на мед. услуги
Рыночная	США	Медицинская услуга – частное благо, обычный товар, который может быть куплен или продан	13,9%	Частное страхование Личные средства Программы для пожилых и малоимущих	Страховые фирмы (частные страховщики)	Ограничивается платежеспособностью клиентов. Программы для пожилых и малоимущих распространяются не на всех нуждающихся	Регулирование практически отсутствует. Цена формируется в результате соглашения между пациентом, страховщиком и ЛПУ
Государственная	Великобритания	Медицинская услуга – общественное благо Богатый платит за бедного, здоровый – за больного	7,6%	Гос. бюджет	Государство в лице министерства здравоохранения	Всеобщая доступность	Финансовые средства рассчитываются на основе нормативов, учитывающих половозрастной состав населения
Социально-страховая	Франция	Медицинская услуга – квазиобщественное благо. Отрасль здравоохранения контролирует государство, но часть затрат на мед. помощь возмещает система ОМС	9,6%	ОМС ДМС Гос. бюджет Личные средства	Страховщики (частные страховые фирмы и государственные организации соц. страхования)	80% населения охвачено программами ОМС	Цены регулируются правительством и пересматриваются 2 раза в год
	Канада		9,5%	Федеральные фонды Фонды провинциальных бюджетов Фонды частных страховых компаний Добровольные пожертвования	Государство	98-99% населения охвачено программами ОМС	Цены регулируются правительством и пересматриваются 1 раз в год
	Германия		10,8%	ОМС ДМС Гос. бюджет Личные средства	Частные и государственные страховщики	90% населения охвачено программами ОМС, 10% – программами ДМС, при этом 3% застрахованных в ОМС имеют ДМС	Цены выражены в «очках», цена которых пересматривается при изменении экономической ситуации

С момента принятия в 1993 г. Закона «О медицинском страховании» в Российской Федерации развивается модель бюджетно-страховой медицины с постепенным вовлечением в нее всех регионов и муниципальных образований, а также большинства лечебных учреждений.

Введение страховой медицины планировалось как новый источник финансирования отрасли, дополнительный к существующему выделению ресурсов из бюджета. Такой подход соответствовал рекомендациям ВОЗ: здравоохранение должно финансироваться на 60% из государственного бюджета, на 30% – из средств страховой медицины, на 10% – за счет платных услуг¹. В то же время, как показала практика, обязательное медицинское страхование стало основным источником финансирования здравоохранения. В 1998 г., подводя предварительные итоги существования ОМС, президент ассоциации медицинских страховых компаний Иркутской области А.А. Реморчук заявил: «Взносы обязательного медицинского страхования стали едва ли не основным источником финансирования охраны здоровья населения. Можно с полной уверенностью сказать, что выстроенная в последнее пятилетие система обязательного медицинского страхования спасла российское здравоохранение от полного развала»². В целом по России в 1999 г. лекарственное обеспечение отрасли здравоохранения финансировалось за счет средств ОМС на 50%³. Таким образом, обязательное медицинское страхование, вместо дополнения средств бюджета, осуществило лишь их замещение. Можно сказать, что это не вина, а беда сложившейся системы, так как определенная стабилизация экономической ситуации в отрасли все же произошла, однако вместе с тем появился ряд проблем иного характера. В 2002 г., как было отмечено на Всероссийском совещании исполнительных директоров территориальных фондов ОМС, разброс финансовой обеспеченности регионов средствами ОМС колебался по субъектам РФ более чем в 22 раза.

¹ Головнина Н., Ореховский П. Реформы здравоохранения в постсоветской России: итоги и проблемы // Общество и экономика. – 2005. – №6. – С. 60.

² Реморчук А.А. Обязательное медицинское страхование: итоги и проблемы // Газета «Восточно-Сибирская Правда». – 1999. – №2. – 12 янв. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.vsp.ru/23367/2-2-1.HTM>

³ Наумова В.В., Спектор А.В. Маркетинг фармацевтического рынка Самарской области [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://infb.hippo.ru/browse.php?page=2&subpage=8&block=1>

С учетом средств, поступающих из бюджетов здравоохранения, эти различия сокращаются, но все-таки они остаются значительными и составляют 13 раз¹.

В Вологодской области в период с 2000 по 2003 г. номинальный объем средств, расходуемых на здравоохранение, заметно увеличился (табл. 1.2). В то же время в реальном выражении (с учетом индекса цен) за 4 года он вырос только на 18%. В регионе также наблюдается увеличение доли средств ОМС в общей структуре расходов (если в 2000 г. соотношение ОМС и бюджета составляло 34 к 66%, то в 2003 г. – 48 к 52% соответственно).

Таблица 1.2. Структура финансирования Программы государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи на территории Вологодской области на 2000 – 2003 гг. (млн. руб.)

	2000 г.	2001 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.	В % к 2000 г.
Структура источников, всего	1 822	1 904	2 491	3 096	3 717	204
В том числе:						
Бюджет	1 194	1 110	1 330	1 621	1 920,5	160,8
ОМС	629	793	1 162	1 475	1 796	285,5
Структура на душу населения	1381	1434	1908	2389	2947	213,3
Индекс потребительских цен*	100	115,4	130,5	147,3		
Общий объем в ценах 2000 г.	1 381	1 243	1 462	1 625		

* ИПЦ по отношению к ценам 2000 г.

Среди муниципальных образований области в 2003 г. существовали различия как по объемам финансирования в целом на душу населения, так и по финансированию отдельных видов медицинской помощи (прил. 2).

Наиболее высокие тарифы на медицинские услуги наблюдались в Вологде и Череповце, а также Великоустюгском и Междуреченском районах, наименьшие – в Никольском, Вытегорском, Харовском. В целом к финансово наиболее обеспеченным территориям относились Вологда и Череповец, Вашкинский и Шекснинский районы. Противоположная ситуация сложилась в Вожегодском, Вытегорском, Грязовецком, Никольском районах.

¹ Материалы Фонда социального страхования РФ [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.fss.ru/site/info3.asp?id=1111>

Внедрение системы ОМС предусматривало учреждение системы медицинских страховых организаций, аккумулирующей весь объем финансовых средств, выделяемых на нужды здравоохранения, и выступающей, таким образом, в качестве посредника между заказчиками и исполнителями медицинских услуг.

Конкурентность и развитие качества медицинской помощи, оказываемой медицинскими учреждениями, обеспечивала заинтересованность страховых организаций в заключении договоров с медицинскими организациями, гарантирующими наиболее качественное медицинское обслуживание (услуги, не соответствующие принятым стандартам, страховыми организациями не оплачивались или оплачивались неполностью).

Новый закон устанавливал две формы медицинского страхования: обязательную и добровольную. Правовым гарантом получения медицинских услуг в системе страхования выступал медицинский страховой полис. Для проведения государственной политики на местах создавались федеральные и территориальные фонды ОМС. Все медицинские учреждения, оказывающие медицинские услуги, подверглись лицензированию и аккредитации. В соответствии с законом каждый застрахованный имел право на свободный выбор врача и учреждения, оказывающего медицинские услуги (таким образом создавались условия для развития конкуренции и повышения качества медицинского обслуживания населения).

В условиях бюджетно-страховой системы финансирования здравоохранения предприятия были материально заинтересованы в улучшении условий труда, т.к. это являлось способом уменьшения размера страховых платежей. Кроме того, они могли заключать договоры со страховыми организациями о добровольном медицинском страховании, предусматривающем повышенную комфортность и качество медицинского обслуживания.

Приказом Минздрава РФ от 24.10.96 г. «О совершенствовании качества медицинской помощи населению РФ» устанавливались ведомственная и вневедомственная системы оценки качества оказания медицинских услуг, причем вневедомственный контроль, осуществляемый организациями, которые не входят в систему здравоохранения, носил плановый, целевой характер.

Основным отличием бюджетно-страховой системы финансирования является наличие четких государственных гарантий объема и условий предоставления медицинской помощи, закрепленных

в Территориальной программе обязательного медицинского страхования (ТПОМС). Закон «О медицинском страховании граждан РФ» предусматривал определение ставки страховых взносов для хозяйствующих субъектов на федеральном уровне, что служило механизмом реализации Базовой программы, устанавливаемой государством. Источники финансирования здравоохранения (ст. 10) составляют: бюджетные средства, средства государственных и общественных организаций, предприятий и других хозяйственных субъектов, личные средства граждан, благотворительные пожертвования, доходы от ценных бумаг, кредиты банков и другие законные источники.

Таким образом, экономическая устойчивость системы ОМС определялась двумя следующими группами факторов:

1) Внутренние факторы: финансовые отношения между тремя основными группами субъектов страхования (государство – страхователи, ТФ – ЛПУ, федеральный фонд ОМС – территориальный фонд ОМС), образующими внутреннюю структуру всей системы.

2) Внешние факторы: общее состояние экономики и приоритетные направления государственной политики в области здравоохранения.

Как показала практика, негативное влияние внешних факторов оказалось доминирующим, в результате чего и возникла острая необходимость внесения поправок в функционирование отрасли. Кроме того, недостаточно продуманной оказалась и нормативно-правовая база ОМС (хотя нормативно-правовых документов по этому вопросу было достаточно много). Так, не до конца была проработана схема нахождения оптимального соответствия рыночных механизмов управления здравоохранением таким принципам, как территориальный подход к сбору страховых взносов и социально гарантированный характер обязательного медицинского страхования. Многие территории оказались просто не готовыми к построению четкой системы ОМС (на 83 территориях существовало 23 различных варианта финансирования ЛПУ в новых условиях: одни финансировали только стационарные услуги, другие – только амбулаторно-поликлиническое отделение, третьи – только медикаменты и т.д.). Роль страховых компаний часто была заниженной, а иногда – номинальной. Круг субъектов, участвующих в страховании, на самом деле оказался значительно шире, чем планировалось, и это также усугубляло неразбериху на территориальном уровне. С тех пор как доходы от ОМС стали одним из самых стабильных источников

финансирования лечебных учреждений, администрации многих районов вообще перестали финансировать здравоохранение. Так, анализируя пятилетний опыт существования ОМС в Иркутской области, А.А. Реморчук отмечал: «Если предприятия и организации с трудом, но перечисляют взносы по ОМС в областной фонд медицинского страхования, то администрации районов и городов – за редким исключением (г. Иркутск, г. Братск), делают это от случая к случаю»¹.

Приоритет в финансовом расчете единиц за предоставленные медицинские услуги в форме валовых количественных показателей (число амбулаторно-поликлинических посещений, количество койко-дней) хотя и обеспечил простоту денежных отношений в системе, но не способствовал ее оптимизации и повышению экономической эффективности. Несоответствие финансовых средств системы ОМС необходимым объемам медицинских услуг вынудило пациентов к участию в системе персональной, личной, оплаты медицинской помощи, а недостатки юридической базы, регулирующей соплатежи застрахованных в системе ОМС, перевели часть финансовых средств в теневой сектор здравоохранения.

Отдельную проблему представляет тот факт, что Закон «О медицинском страховании граждан РФ» разрабатывался до 1991 г., когда еще сохранялась централизованно управляемая экономика, и принимался до введения новой Конституции РФ. Изменившиеся с тех пор условия не были в достаточной мере отражены в действующем законодательстве. Кроме того, как показала практика, сам механизм функционирования ОМС не продуман. В действительности оказалось, что «стремление СМО (страховые медицинские организации. – Прим. авт.) оплачивать ЛПУ по факту оказания услуги ликвидирует профилактическую работу и заинтересовывает врачей не в снижении, а в росте заболеваемости»². Сами же ЛПУ, как субъекты финансирования, были заинтересованы в реализации исключительно собственных экономических потребностей, поэтому стремились обеспечить себя максимальным числом специалистов и единиц

¹ Реморчук А.А. Обязательное медицинское страхование: итоги и проблемы // Газета «Восточно-Сибирская Правда». – 1999. – №2. – 12 янв. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.vsp.ru/23367/2-2-1.HTM>

² Аналитический обзор зарубежного и отечественного опыта реформирования и управления системой здравоохранения: материалы к конф. – Новосибирск: ППРСИ, 2002. – С. 57.

оборудования, чтобы не оплачивать соответствующие услуги других медицинских учреждений. На практике это выразилось в нерациональном оснащении ЛПУ медицинским оборудованием, а также в избыточном накоплении хронических патологий и осложнений.

Таким образом, «в силу ряда обстоятельств темпы реформирования здравоохранения были неодинаковы на разных территориях, что обусловлено различными факторами, как объективными (отсутствие государственной программы преобразования здравоохранения в целом; слабая нормативно-правовая база; экономический кризис, разразившийся в стране), так и субъективными (прежде всего недостаточная готовность руководителей территориальных органов управления здравоохранением и ЛПУ)»¹.

В то же время десятилетний опыт функционирования ОМС в системе здравоохранения, несмотря на многочисленные недостатки и противоречия, свидетельствует и о положительных результатах. Так, на территории Кемеровской области обязательное медицинское страхование было введено в феврале 1992 г. Постановлением Президиума ВС РФ от 16.12.91 г. «О досрочном введении в действие на территории Кемеровской области Закона РФ «О медицинском страховании граждан». Через полтора года в области был принят норматив отчисления на ОМС в размере 10,7% от фонда оплаты труда. «Эти средства, помимо бюджетных, направлялись на развитие учреждений здравоохранения всех категорий (за исключением домов ребенка, станций переливания крови, судмедэкспертизы). Подушевой норматив финансирования определялся на все население, а бюджеты продолжали финансировать здравоохранение по прежней схеме. То есть была применена истинно бюджетно-страховая схема финансирования, а средства в виде социального налога, как это предполагалось, стали дополнительными средствами»².

За год укрепилась материально-техническая база ЛПУ, они были оснащены необходимым лабораторно-диагностическим оборудованием, повысился фонд оплаты труда, появились необходимые запасы медикаментов. С целью выравнивания финансового положения был образован перестраховочный фонд и параллельно – ведущая страховая медицинская организация ОБК «Кузбасс» с 36 филиалами на территории области.

¹ Там же.

² Траутер А.И. Организация здравоохранения: медстрах // Врачебная газета. – 2003. – №8 (47). – Август [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.chtfoms.ru>

В отличие от многих других регионов, Кемеровской области удалось выработать стройную работающую систему ОМС. Однако в связи с экономическим кризисом в стране планируемое бюджетно-страховое финансирование здравоохранения не просуществовало длительное время. Вице-президент Кемеровского отделения РМА А.И. Траутер среди причин этого явления отмечает следующие¹:

1. Полное финансирование бюджетами территорий учреждений здравоохранения, не работающих в системе ОМС («Это привело к расколу коллективов и разделению ЛПУ на «своих» и «чужих», к 100%-ому финансированию ЛПУ, не включенных в ОМС, и скудному финансированию, а порой вообще отсутствию такового в ЛПУ системы ОМС»). Объем бюджетных ассигнований в ЛПУ, которые входят в систему ОМС, постепенно сокращался за счет исключения из бюджета некоторых целевых программ (охрана материнства и детства, вакцинопрофилактика детей и подростков и т.д.).

2. Низкий уровень дисциплины в отношении перечисления взносов на ОМС со стороны руководителей предприятий (эта проблема обострилась после передачи функции сбора средств в налоговую инспекцию).

3. В условиях финансовой неразберихи имели место необдуманные решения (расширение объема льготных услуг, удорожание содержания материально-технической базы и т.д.), которые привели к перекоосу в экономике (перефинансирование одних учреждений и недофинансирование других).

4. Некоторые категории населения оказались выключенными из системы ОМС. Например, временно устроившиеся работники, не участвовавшие в страховых платежах из-за сокрытия руководителями фонда оплаты труда («...только в Кемерове из 527 тыс. чел., живущих на территории города, не застраховано 27 тыс. чел., а по области эта цифра составляет 230 тыс. чел. Помимо указанного контингента, в формировании страховых взносов в ТФ не участвуют аттестованные военнослужащие, солдаты срочной службы, прокуратура, УВД, а это ни много ни мало – около 30 тыс. чел.»²).

¹ Там же.

² Реморчук А.А. Обязательное медицинское страхование: итоги и проблемы // Газета «Восточно-Сибирская Правда». – 1999. – № 2. – 12 янв. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.vsp.ru/23367/2-2-1.HTM>.

Внедрение ОМС в России могло бы дать большой эффект, если бы в достаточной мере учитывался опыт зарубежных стран. Так, в Нидерландах, где обязательным страхованием охвачено большинство населения, оно осуществляется через специальные больничные фонды, которые вместе с частными страховыми компаниями заключают договоры с врачами на оплату их услуг¹. Координирует эту работу Общий национальный фонд, имеющий своей целью обеспечение всех граждан одинаково доступной и эффективной медицинской помощью. Роль государства заключается в установлении цен на услуги на основании заключенных соглашений. Таким образом, в Нидерландах функционирование отрасли здравоохранения осуществляется в условиях надежно регулируемого рынка.

В силу всех вышеперечисленных причин финансирование российского здравоохранения по бюджетно-страховому принципу оказалось перед необходимостью реформирования. Прежде всего, обострился вопрос перехода отрасли на интенсивный путь развития и повышения эффективности распределения бюджетных средств. Как было отмечено на III Всероссийской научно-практической конференции «Проблемы и опыт совершенствования управления и повышения эффективности функционирования учреждений и предприятий социальной сферы», прошедшей в 2004 г., «явная недостаточность бюджетных средств выдвигает на первое место задачу эффективного их расходования, то есть достижения максимальной результативности. В системе здравоохранения РФ потребность в бюджетных средствах не менее чем в два раза превышает их наличие, существенно ограничивая доступность предоставляемых услуг»².

По мнению А.И. Траутера, «самым главным и правильным решением станет возврат существовавшего ранее положения – все заработанные ЛПУ средства по платным услугам должны оставаться в их распоряжении, без перечисления их в финансовые управления»³.

Перспективным источником финансирования здравоохранения является развитие системы добровольного медицинского страхования.

¹ Воронков Н. За здоровье приходится платить, и платить дорого // Газета «Гудок». – 2004. – 16 марта [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.gudok.ru>

² Проблемы и опыт совершенствования управления и повышения эффективности функционирования учреждений и предприятий социальной сферы: Тезисы докладов III Всерос. науч.-практ. конф. – СПб., 2004. – С. 18.

³ Траутер А.И. Организация здравоохранения: медстрах // Врачебная газета. – 2003. – № 8 (47). – Август [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.chtfoms.ru>

По данным Фонда «Общественное мнение», в 2001 г. услугами ДМС пользовались 49% россиян (в основном молодые люди до 35 лет и люди среднего – до 50 лет – возраста), причем большинство опрошенных качеством услуг оказались довольны¹. В то же время следует отметить, что добровольное медицинское страхование в России и развитых западных странах существенно отличается степенью платежеспособности населения. Так, в отечественной системе здравоохранения низкая доходность населения и непредсказуемость экономической и политической жизни приводят к тому, что услуги ДМС распространяются на категорию физических и юридических лиц, обладающих наиболее высоким доходом.

Важным условием дальнейшего развития медицинского страхования в России служат проведение структурных преобразований в системе предоставления первичной медико-санитарной помощи, уменьшение объемов дорогостоящих стационарных услуг при одновременном увеличении объемов услуг амбулаторного характера.

Одним из вариантов реформирования системы ОМС в России является ее максимальное упрощение. Так, доктор экономических наук, профессор *Ф. Кадыров* считает повышение эффективности обязательного медицинского страхования возможным при ликвидации в нем лишних посредников, что, по сути, превратит ОМС из самостоятельной системы в один из нескольких каналов финансирования ЛПУ².

Как полагает А.А. Реморчук, «в медицинском страховании необходимо осуществлять ведение регистров застрахованного населения, учет работы лечебных учреждений, оплату медицинских услуг, защиту прав застрахованных и экспертизу качества медицинской помощи. Важно, чтобы эта работа велась. Если ее нет, нет и медицинского страхования»³.

Таким образом, реформа по внедрению ОМС была основана на необходимости перехода отрасли здравоохранения от государственной модели финансирования к более совершенной – социально-

¹ Потемкина С. Новый эксперимент для старой медицины // Московская промышленная газета. – 2003. – 24(239). – 19- 25 июля.

² Воронков Н. За здоровье приходится платить, и платить дорого // Газета «Гудок». – 2004. – 16 марта [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.gudok.ru>

³ Реморчук А.А. Обязательное медицинское страхование: итоги и проблемы // Газета «Восточно-Сибирская Правда». – 1999. – №2. – 12 янв. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.vsp.ru/23367/2-2-1.HTM>

страховой. Тем не менее ожидаемого эффекта она не произвела. По сравнению с государственной системой финансирования существенных реальных изменений не произошло, и отечественная медицина осталась страховой только по названию, не имея почти ничего общего с зарубежными аналогами. В качестве иллюстрации результатов реформы по внедрению ОМС приведем *таблицу 1.3*¹.

Последующие исследования механизма распределения бюджетных средств в сфере здравоохранения показали, что для нее актуальна проблема коррупции². Поскольку одним из способов ликвидации так называемых «серых» платежей является их легализация, реформа по внедрению принципов БОР предполагает лишение части медицинских учреждений бюджетного финансирования и перевод их на полностью платную основу.

В системе ОМС расчеты между страховыми медицинскими организациями (СМО) и учреждениями здравоохранения строятся на основе двухсторонних договоров возмездного оказания услуг, «Отраслевого тарифного соглашения об оплате медицинских услуг» и «Положения о порядке оплаты медицинских услуг». Оплата производится по неполному тарифу, включающему в себя в разных регионах разное количество статей затрат (варианты: только заработную плату; заработную плату, медикаменты и мягкий инвентарь; заработную плату и питание; медикаменты, мягкий инвентарь без заработной платы; иногда хозяйственные расходы и т.д.). Полный тариф, включавший все статьи затрат, изначально применялся только в Самарской области. Нечеткость нормативных документов приводила к разнообразию применяемых моделей бюджетно-страховой медицины.

В 2003 – 2005 гг., после включения в состав участников финансирования в системе ОМС Пенсионного фонда, Министерством здравоохранения РФ предприняты усилия по приведению региональных систем ОМС в соответствие с «Законом о медицинском страховании», а территориальных тарифов на медицинские услуги – к одинаковой для всей РФ структуре. С 2004 г. в состав тарифа включается только

¹ Головина Н., Ореховский П. Реформы здравоохранения в постсоветской России: итоги и проблемы // Общество и экономика. – 2005. – №6. – С. 85.

² Независимый институт социальной политики [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.socialpolicy.ru/publications/pdf/book1.pdf>

Таблица 1.3. Сравнение подсистем медицинского обслуживания в реформируемом отечественном здравоохранении и страховой модели

Подсистема	Российское здравоохранение		Социально-страховая модель
	До реформы	После реформы	
Финансирование	Централизованная система финансирования ЛПУ из федерального бюджета	Консолидация средств из различных источников: бюджеты всех уровней, фонды обязательного медицинского страхования, взносы по добровольному медицинскому страхованию, личные средства	Децентрализованная система финансирования Консолидация средств из всех возможных источников: бюджеты различного уровня, обязательные и добровольные страховые взносы, личные средства
Планирование	Директивное планирование, основанное на усредненных нормативах использования койко-места (условных посещений поликлиник)	Директивное планирование, основанное на усредненных нормативах использования койко-места (условных посещений поликлиник)	Страхование затрат требует определения стоимости лечения конкретных заболеваний
Управление и контроль качества лечения и затрат	Прямой, но не эффективный контроль. Судебная процедура практически отсутствует, а внутри врачебного сообщества действует сильная корпоративная солидарность, не позволяющая осуществлять «внешний контроль качества»	СМО не имеют финансовой заинтересованности в осуществлении контроля за качеством лечения и затратами. Экспертиза осуществляется «формально», корпоративная солидарность имеет большое значение. Судебная процедура практически отсутствует	Страховые компании заинтересованы в максимально эффективном расходовании своих средств. Экспертиза оказанных медицинских услуг обязательна
Мотивация и материальное стимулирование	Оплата труда связана с социальным статусом врача, который зависит как от количестваоек в его отделении, так и от зафиксированного, «бумажного», свидетельства его квалификации	Оплата труда связана с социальным статусом врача, который зависит как от количестваоек в его отделении, так и от зафиксированного, «бумажного», свидетельства его квалификации	Оплата труда врачей представляет своего рода «сдельщину» с поправкой на качество труда
Маркетинг, инновации, конкурентная среда	Конкурентная среда практически отсутствует. Инновации осуществляются в сравнительно небольшом круге ЛПУ, их распространение (новых лекарств, новых методов лечения, новой аппаратуры) происходит медленно	Конкурентная среда практически отсутствует. Инновации осуществляются в сравнительно небольшом круге ЛПУ, их распространение (новых лекарств, новых методов лечения, новой аппаратуры) происходит медленно	Развитая конкурентная среда. Высокий уровень внедрения инноваций. Агрессивный маркетинг

пять статей затрат: заработная плата, начисления, медикаменты, питание и мягкий инвентарь. В дальнейшем реформировании системы ОМС планируется приближение к одноканальному финансированию, т.е. *переход от бюджетно-страховой модели к чисто страховой модели*, финансирование по полному тарифу, а также переход от платы за койко-день и посещение на плату за пролеченного больного по клинико-экономическим стандартам, единым на территории всей Российской Федерации.

В большинстве бюджетно-страховых моделей применяется оплата объемов медицинской помощи. Для расчета тарифов используется *повременная система* оплаты труда, ведутся таблицы-графики рабочего времени, определена продолжительность рабочего дня и годовой баланс рабочего времени. На основе этой системы и рассчитывается тариф койко-дня в стационаре и тариф посещения в поликлинике. Но поскольку плата производится за единицу продукции (койко-день, посещение, УЕТ, пролеченный больной), то работа приобретает *сдельный характер*. Здесь система ОМС, в отличие от НХМ, являлась в первое время *разбалансированной и не обеспеченной финансами*. А именно: при НХМ зарабатывание медицинским персоналом так называемого «приработка» происходило за счет перераспределения средств с других статей расходов внутри выделенного бюджета. В системе ОМС таких рамок не устанавливалось: и дополнительно, сверхпланово, пролеченные больные, и принятые пациенты «требовали» дополнительной, опять-таки сверхплановой, оплаты со стороны страховых организаций. Те, в свою очередь, обращались в территориальные фонды ОМС за субвенциями, а этих сверхплановых финансовых ресурсов в большинстве регионов не было, т.к. не формировались резервы в связи с «недостатком финансовых поступлений». Возникало противоречие между сдельным характером труда, повременной системой его оплаты и наличием финансовых средств¹.

Чтобы каким-то образом увязать сдельный характер труда в ОМС с наличием финансовых ресурсов, необходимо было планировать строго ограниченное количество услуг, т.е. в какой-то мере вернуться в рамках ОМС к плановому (сметному) принципу финанси-

¹ Богатов Т.В., Потапчик Е.Г., Чернец В.А. и др. Бесплатное здравоохранение: реальность и перспективы. – 2002. – С. 15.

рования. Применительно к системе ОМС предлагались прогрессивные модели финансирования ЛПУ, не зависящие от количества услуг, – «глобальный бюджет стационаров», подушевое финансирование поликлинического звена. Но на практике ограничение финансовых ресурсов и отсутствие резервов привело к планированию и оплате услуг строго в рамках «муниципальных заказов» как по объему, так и по общей стоимости, что, по сути, очень похоже на НХМ, с той лишь разницей, что плательщиком выступает либо сам территориальный фонд, либо страховая медицинская организация, а не бюджет.

В системе ОМС учреждения не содержатся по смете, а производится оплата медицинских услуг. На первый взгляд улучшается результат работы медицинских работников. Но в погоне за количеством медицинских услуг может быть значительно уменьшено внимание таким аспектам медицинской деятельности, как качество медицинской помощи и профилактическая направленность системы здравоохранения. А ведь общеизвестно, что гораздо дешевле предупредить болезнь, чем ее вылечить.

Для того чтобы экономически заинтересовать медработников первичного звена в проведении профработы, в системе ОМС существует несколько способов. Так, можно включать в тариф часы занятий профилактической работой. Но большинство медиков рассматривают данное обстоятельство просто как возможность увеличить тариф без каких-либо обязательств с их стороны. Наиболее оптимальным по сравнению с оплатой за объемы является метод подушевого финансирования поликлиники, когда финансовые средства выделяются не за количество посещений, а на душу приписного населения. Сравнительные характеристики способов оплаты амбулаторной помощи приведены в *таблице 1.4*.

Принципы БОР и подушевое финансирование можно увязать друг с другом только на системном (популяционном) уровне, а не на уровне отдельно взятого учреждения здравоохранения. Действительно, основной целью введения подушевого финансирования поликлиник (желательно на принципах полного фондодержания, т.е. с оплатой стационарной помощи начиная с уровня первичного звена), является развитие профилактической направленности деятельности врачей поликлиник и предупреждение болезней. Но этот результат очень трудно «оцифровать» – представить числовые критерии

Таблица 1.4. Сравнительные характеристики способов оплаты амбулаторной помощи

Характеристики	Плата за услугу	Оплата по подушевому нормативу
Достоинства		
1. Заинтересованность в оказании оптимального объема мед. помощи и обеспечении качества:		
- стимулирование увеличения объема услуг каждому пациенту	+	
- обеспечение профилактической работы		+
- сокращение сроков лечения		+
2. Возможность прогнозирования общего объема финансирования мед. помощи:		+
а) рациональное использование и контроль за потреблением ресурсов:		
- ограничение общих расходов на мед. помощь		+
- контроль за общими расходами вне системы амбулаторной помощи		+
- сокращение расходов страховщика на ведение дел и оплату мед. помощи		+
- сокращение объема обрабатываемой экономической информации	+	+
- предоставление детальной информации об объеме и структуре услуг		
б) формирование экономического интереса мед. работников:		
- прямая зависимость дохода от объема услуг		
- косвенное влияние на доход (через организацию оптимальной системы оплаты труда)	+	+
Недостатки		
1. Отсутствие стимулов к оказанию оптимального объема мед. помощи и обеспечению качества лечения:		
- превышение оптимального объема услуг	+	
- необоснованное сокращение объемов помощи		+
- незаинтересованность в профилактической работе	+	
2. Трудности планирования общего объема расходов	+	
3. Нерациональное использование ресурсов и сложность организации контроля за их потреблением:		
- отсутствие стимулов к ограничению общих расходов	+	
- отсутствие экономической связи с другими этапами мед. помощи	+	
- большой объем обрабатываемой информации	+	
- сложность обеспечения контроля за реальным объемом оказанной мед. помощи		+
- недостаточная информационная база для анализа деятельности		+

оценки достижения запланированного результата. Кроме того, результат в виде улучшения здоровья не обязательно наступит в пределах одного финансового года, и даже трех лет.

С точки зрения финансовых органов под результатом гораздо проще и удобнее понимать выполнение системой здравоохранения объемных показателей медицинских услуг. Это апробировано в системе ОМС, а ранее в модели НХМ и достаточно легко контролируется. Достижение такого «промежуточного» результата легко укладывается в рамки бюджетного года, выполнимо как на уровне отдельно взятого учреждения, так и системы здравоохранения в целом.

В стационарах само по себе выполнение объемов койко-дней или количество пролеченных больных не гарантируют качественной медицинской помощи. Понятие «качество» по-разному трактуется врачом и пациентом. Достигнуть определенного компромисса можно лишь при условии разработки и соблюдения медико-экономических стандартов. При этом стандарт может быть рассчитан как минимальный, средний и расширенный в зависимости от имеющегося объема финансовых средств.

Врач, следующий стандарту, гарантирует себя от претензий со стороны пациента, но сам стандарт должен предусматривать возможные вариации в схемах лекарственного лечения или применения различных оперативных методик. Иначе врач уподобляется роботу в сложном производственном процессе «изготовления» медицинских услуг. Пациент же, имея полное представление о гарантированном стандарте лечения, должен получить право при наличии собственных средств «заказать» для себя дополнения к бесплатному стандарту с целью получения услуги лучшего качества.

К сожалению, оплата услуг в системе ОМС по стандартам производится лишь в нескольких регионах. Тому есть объективные причины – разработка и ежегодная актуализация региональных стандартов требует больших затрат как по времени, так и по сумме финансирования. Федеральный центр также пока не в состоянии разработать большой массив клинико-экономических стандартов. Кроме того, оплата по клинико-экономическим стандартам требует создания у финансирующей организации (ТФ ОМС, СМО, бюджет) финансовых резервов, т.к. учреждения здравоохранения будут стремиться выполнять объемы работ по расширенному стандарту, что может приводить к перерасходу запланированных финансовых средств.

Бюджетно-страховая модель финансирования нашла полное отражение в принятой Правительством РФ в 1998 г. «Программе государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи (на 2005 г.)», утвержденной Постановлением Правительства РФ от 26 ноября 2004 г. № 690. Программа госгарантий определяет виды медицинской помощи, предоставляемой населению бесплатно. Финансирование Программы осуществляется за счет средств бюджетов всех уровней, средств обязательного медицинского страхования и других поступлений.

На основе федеральной Программы госгарантий ежегодно разрабатываются территориальные программы госгарантий.

Цель разработки территориальных программ:

➤ создание единого механизма реализации конституционных прав граждан Российской Федерации на получение бесплатной медицинской помощи гарантированного объема и качества за счет всех источников финансирования;

➤ обеспечение *сбалансированности обязательств* государства по предоставлению населению бесплатной медицинской помощи и выделяемых для этого финансовых средств;

➤ повышение эффективности использования ресурсов здравоохранения.

Основные принципы формирования территориальных программ:

◆ обоснование потребности населения территории в медицинской помощи, исходя из особенностей демографического состава, уровней и структуры заболеваемости населения;

◆ обеспечение соответствия гарантируемых объемов медицинской помощи нормативам и стандартам оказания медицинской помощи, предусмотренным Программой;

◆ научное обоснование необходимых материальных и финансовых затрат на соответствующую единицу объема медицинской помощи;

◆ сбалансированность объемов, структуры гарантируемой медицинской помощи и необходимых для их реализации финансовых средств;

◆ уровень соответствия мощностей сети учреждений здравоохранения субъекта РФ потребности населения в медицинской помощи и необходимый объем медицинской помощи вне территории проживания;

◆ повышение эффективности использования ресурсной базы здравоохранения путем комплексного территориального планирования сети учреждений здравоохранения и внедрения ресурсосберегающих медицинских технологий.

Программа позволяет планировать и финансировать (пока только в системе ОМС) работу учреждений здравоохранения не по количеству коечных мест, количеству бригад скорой помощи, а *по объемам показателей их работы* (количество посещений, вызовов скорой помощи, койко-дней в стационаре), используя нормативы объемов медицинской помощи на 1000 населения.

Программа также определяет нормативную *стоимость единицы объема* каждого вида медицинской помощи.

Программа соединяет в единое целое финансирование из двух основных источников – бюджета и средств ОМС.

Основной проблемой остается *вопрос балансировки Программы*. Каким способом это делать? Алгоритм расчета Программы госгарантий прост: объем × тариф = стоимость ($V \times T = S$). В условиях дефицита Программы (до 40% от расчетной стоимости) привести в соответствие объемы медицинской помощи и объемы финансирования, т.е. сбалансировать Программу, можно только двумя способами: балансировкой за счет уменьшения объемов бесплатной медицинской помощи либо использованием неполного тарифа с привлечением дополнительных внебюджетных источников финансирования. Баланс обязательств государства может быть также достигнут третьим, наиболее безболезненным способом – уменьшением дефицита Программы госгарантий за счет увеличения бюджетного финансирования отрасли «Здравоохранение» или увеличения поступлений в бюджеты фондов ОМС с развитием одноканального финансирования. Безусловно, баланс скорее может быть достигнут при использовании всех трех способов одновременно.

Варианты достижения баланса за счет уменьшения объемов:

➤ Ограничение доступа *отдельных групп населения* с избыточными доходами к бесплатной медицинской помощи (решается методами изменения налогообложения и изменения Закона о медицинском страховании, но практически невыполнимо в России, т.к. требуется пересмотр статьи 41 Конституции РФ).

➤ Уменьшение гарантий государства в отношении объемов по *отдельным видам* бесплатной медицинской помощи (прежде всего стационарной) или одновременная замена дорогой стационарной модели на стационарзамещающие технологии (дневные стационары, стационары на дому). Это решается путем либо реструктуризации учреждений здравоохранения, либо реорганизации бюджетных учреждений в автономные учреждения или автономные некоммерческие организации, либо ликвидации учреждения с передачей его функций коммерческой организации (ООО, ИЧП, акционерное общество и т.д.) В любом случае населением эти меры принимаются как непопулярные, т.к. в российском здравоохранении долгие годы преобладала госпитальная модель построения системы, а стационары

расценивались и расцениваются большинством населения не только как больничные учреждения, но и как учреждения, оказывающие социальную поддержку.

➤ Уменьшение гарантий государства *по отдельным группам заболеваний* или отдельным болезням, в том числе путем исключения из медико-экономических стандартов бесплатного лечения дорогих методов лекарственного или инструментального обследования и лечения, и замена их более дешевыми, но менее качественными аналогами (например, выведение на платную основу лечения осложненного кариеса в стоматологии, а также эндохирургии, некоторых методов физиотерапевтического лечения, обследования на компьютерном томографе и пр.). Значительной частью населения эта мера будет воспринята спокойно, т.к. сложившаяся практика «доплат» за качество существует в большинстве регионов РФ в основном на «теневом» уровне. Если государство выведет из «тени» часть медицинских услуг и направит поток «серых» денег в кассу больничного учреждения, пациенты в большинстве своем воспримут это спокойно и даже с удовлетворением.

Варианты достижения баланса за счет использования неполного тарифа с привлечением дополнительных внебюджетных источников финансирования:

➤ Недофинансирование отдельных статей затрат в смете учреждений, или неполный тариф в системе ОМС с возмещением недостающих расходов за счет личных средств населения *без регламентированных государством процедур*. Это, к сожалению, общепринятая практика повседневного здравоохранения. Часть таких «доплат» не воспринимается населением как нечто необычное: например, восполнение плохого питания в стационарах продуктами питания, приносимыми из дома, или поступление в стационар со своим бельем, «добровольные» взносы на покупку мелкого хозяйственного инвентаря, электролампочек и пр.

➤ Введение соплатежей населения или юридических лиц для дофинансирования обязательной «бесплатной» медицинской помощи (в учреждениях здравоохранения пока для этого нет юридического основания, т.к. это противоречит статье 41 Конституции РФ). В ряде европейских стран такой вид участия населения в софинансировании медицинских услуг нашел применение. Помимо финансового эффекта здесь присутствует также психологический фактор, ограничивающий необоснованное желание пациента

обратиться за медицинской услугой даже тогда, когда она ему по-настоящему не нужна (избыточное обращение на станции скорой медицинской помощи, вызов врача на дом, затягивание пребывания в стационаре со стороны пациента и т. д.).

⇒ Введение соплатежей возможно в виде дополнительного медицинского страхования, расширяющего минимальные медико-экономические стандарты, гарантированные государством для всех групп населения, но требуется законодательное разрешение использования дополнительного страхования вместе с обязательным.

⇒ Использование платных услуг, оказываемых учреждениями здравоохранения как за счет прямых продаж, так и в виде добровольного медицинского страхования. Средства от платных услуг в основном идут на дополнительный заработок медицинского персонала и на восполнение недостающего государственного (бюджет + средства ОМС) финансирования. При этом способе самое основное противоречие возникает между предписанной «бесплатной» медицинской помощью в *учреждениях государственной и муниципальной систем* здравоохранения (статья 41 Конституции РФ), т.е. запрещением платности услуг, и разрешенной процедурой использования внебюджетных средств на цели финансирования бюджетных учреждений (статья 42 Бюджетного кодекса РФ). Поскольку менять конституционные нормы не входит в намерения президента, законодательной и исполнительной власти, то вполне предсказуем постепенный вывод платных услуг за юридические рамки учреждений в виде реорганизации отделов и кабинетов платных услуг в *самостоятельные юридические лица*. Есть и другой вариант – реорганизация учреждений в автономные учреждения либо автономные некоммерческие организации с внесением соответствующих изменений в Бюджетный кодекс РФ. Таким образом, этот источник дофинансирования обязательств государства в структуре доходов бюджетных учреждений будет постепенно сокращаться.

Варианты достижения баланса за счет использования дополнительных источников финансирования:

⇒ Увеличение объемов бюджетного финансирования здравоохранения. Оно возможно при развитии экономики страны и регионов, дающем стабильный рост ВВП (существующий дефицит Программы госгарантий в объеме 40% может быть ликвидирован при росте 4% ВВП в год с учетом инфляции на уровне 10% за 12 – 15 лет).

⇒ Увеличение доли расходов на здравоохранение в консолидированном бюджете. На реформу системы здравоохранения требуется дополнительно 140 – 160 млрд. руб., которые возможно высвободить при перераспределении средств консолидированного бюджета. Так, например, на монетизацию льгот было направлено в 2005 г. более 170 млрд. руб.

⇒ Увеличение единого социального налога в части отчислений в Фонд ОМС до 8 – 9% от фонда оплаты труда. Эта мера вряд ли будет применима, т.к. она повышает себестоимость продукции любого предприятия, способствует развитию инфляции и стагнации в экономике. На практике мы наблюдаем обратный процесс – уменьшение ставки ЕСН с 35,6% в 2004 г. до 26,0% в 2005 г. и, соответственно, отчислений в Фонд ОМС с 3,6 до 2,6%.

⇒ Увеличение взносов за неработающее население из региональных бюджетов. Обязательное и необходимое условие при этом – сохранение бюджетного финансирования на достигнутом уровне. В противном случае будет происходить простое «перетекание» средств из бюджетного канала финансирования в канал финансирования системы ОМС.

⇒ Выделение средств федерального бюджета напрямую в федеральный Фонд ОМС для софинансирования расходов по Программе госгарантий на отдельные группы населения (пенсионеры, дети до 16 лет, беременные женщины и т.д.). Этот способ уже частично применялся в 2005 г.

Система ОМС, в отличие от нового хозяйственного механизма, нашла широкое применение в отечественной системе здравоохранения. Несмотря на некоторые отклонения от планируемых результатов эксперимента, этот механизм по-прежнему остается одним из главных источников финансирования отрасли.

В настоящее время в отечественной системе здравоохранения существует проблема недостаточного вложения бюджетных средств. Вместе с тем тенденции развития отрасли в западных странах также свидетельствуют о том, что дальнейший ход экспериментов должен заключаться именно в оптимизации циркулирования денежных средств внутри системы здравоохранения. В конце 1990-х гг. потребность в рационализации использования денежных средств и в повышении прозрачности бюджетных потоков определила следующий шаг в реформировании системы здравоохранения – финансирование отрасли по принципам бюджетирования, ориентированного на результат.

1.3. Основные направления и перспективы реформирования отрасли здравоохранения в рамках бюджетирования, ориентированного на результат

К 2004 г. на территории РФ сложились благоприятные условия для очередной попытки оптимизировать работу системы здравоохранения: была достигнута определенная степень финансовой и макроэкономической стабильности экономики, внедрены некоторые элементы среднесрочного финансового планирования с распределением ресурсов «сверху вниз» в рамках жестких бюджетных ограничений, упорядочена система финансовой поддержки субъектов РФ. В 2004 г. был создан Стабилизационный фонд РФ, способствующий повышению устойчивости федерального бюджета к внешним экономическим и политическим факторам. Оптимальному осуществлению процесса реформирования отрасли должна была способствовать высокая степень заинтересованности в ней федеральных органов государственной власти, что обуславливает с их стороны соответствующий уровень планирования, контроля и поддержки реформы. Кроме того, отдельные элементы БОР к тому времени уже применялись в отечественной практике. Как отмечает руководитель департамента бюджетной политики Министерства финансов РФ *А.М. Лавров*, «накоплен значительный опыт разработки и реализации федеральных целевых программ, являющихся действующим элементом целевого программного планирования, создан и успешно действует Фонд реформирования региональных финансов, в котором реализована идеология распределения бюджетных средств в зависимости от достижения заранее определенных целей и применяется эффективная система мониторинга»¹.

Механизм бюджетирования, ориентированного на результат, должен исправить некоторые недостатки существующей в настоящее время системы ОМС. По мнению *Я.А. Накатуса* и *С.О. Алексеевой*, «предпринятые попытки увеличить количество денежных средств путем увеличения количества источников финансирования (внедрение системы ОМС, развитие предпринимательской деятельности, облегчение налогового бремени при освоении целевых про-

¹ Лавров А.М. Среднесрочное бюджетирование, ориентированное на результаты: международный опыт и российские перспективы. – М.: Финансы, 2003. – С. 9-14.

грамм – как российских, так и международных) не подняли финансовый статус ЛПУ настолько, чтобы можно было говорить о достижении цели»¹.

Согласно Постановлению Правительства РФ «О мерах по повышению результативности бюджетных расходов», с 2004 г. на территории РФ идет постепенное реформирование бюджетного процесса. Сущностными характеристиками нововведений в сложившейся системе распределения и циркуляции бюджетных средств являются:

1. Переориентация с «управления бюджетными ресурсами (затратами)» на «управление результатами».

2. Предоставление большей самостоятельности и ответственности участникам бюджетного процесса.

3. Ориентация на среднесрочную перспективу (до 3 лет).

В целях повышения рационализации использования ресурсов в качестве направления реформирования был выбран подход к распределению бюджетных средств по принципу бюджетирования, ориентированного на результат. «Суть этой реформы состоит в смещении акцентов бюджетного процесса от «управления бюджетными ресурсами (затратами)» на «управление результатами» путем повышения ответственности и расширения самостоятельности участников бюджетного процесса и администраторов бюджетных средств в рамках четких среднесрочных ориентиров»². «БОР – это метод планирования, исполнения и контроля за исполнением бюджета, обеспечивающий распределение бюджетных ресурсов по целям, задачам и функциям государства с учетом приоритетов государственной политики и общественной значимости ожидаемых непосредственных и конечных результатов использования бюджетных средств»³.

Важное значение для новой реформы здравоохранения имеет продолжение совершенствования системы планирования в направлении ее демократизации. Существовавшее до 1987 г. директивное планирование не оправдало себя и с момента внедрения нового

¹ Проблемы и опыт совершенствования управления и повышения эффективности функционирования учреждений и предприятий социальной сферы: Тезисы докладов III Всерос. науч.-практ. конф. – СПб., 2004. – С. 14.

² Концепция реформирования бюджетного процесса Российской Федерации в 2004 – 2006 гг. – М., 2004.

³ Лавров А.М. Среднесрочное бюджетирование, ориентированное на результаты: международный опыт и российские перспективы. – М.: Финансы, 2003. – С. 9-14.

хозяйственного механизма было ликвидировано. В то же время, как показал зарубежный опыт, рынок медицинских услуг не может быть стихийно саморегулируемым, поскольку нет прямой зависимости между величиной доходов населения и потребностью в медицинской помощи, а также между уровнем государственных расходов на здравоохранение и уровнем здоровья населения. Иными словами, в условиях интенсивного развития рыночных отношений в сфере здравоохранения контролирующая функция государства просто необходима. Поэтому в настоящее время одним из возможных и наиболее эффективных выходов из этой ситуации является построение четкой системы индикативного планирования, базирующейся на контроле деятельности медицинских учреждений согласно научно разработанному перечню показателей.

Поскольку подавляющее большинство социально-экономических задач выходит за рамки одного бюджетного года, реализацию принципов БОР было решено осуществлять в рамках среднесрочного планирования (3 – 4 года). Такой подход обеспечивает непрерывность и преемственность нового метода оценки использования бюджетных средств. Среднесрочное бюджетирование, ориентированное на результат (СБОР), метод формирования бюджета исходя из целей и планируемых на среднесрочную перспективу результатов государственной политики, предусматривает тесную увязку выделяемых бюджетных ассигнований с результатами деятельности бюджетополучателей в ходе реализации закрепленных за ними функций. СБОР предполагает, что перспективные проектировки на второй и третий годы предыдущего среднесрочного бюджетного цикла становятся основой для проектировок первого и второго года текущего бюджетного цикла. При этом для каждого главного распорядителя бюджетных средств устанавливаются индикативные значения объема финансирования на каждый год из двух лет, следующих за годом, на который разрабатывается проект бюджета.

На основании Послания Президента РФ Федеральному Собранию «О бюджетной политике в 2005 г.» задачами нового подхода в управлении здравоохранением являются:

1. Распределение бюджетных ресурсов в зависимости от планируемого уровня достижения целей.
2. Повышение роли перспективного финансового плана в бюджетном процессе.

3. Разделение обязательств на действующие и вновь принимаемые расходные обязательства.

4. Реформирование бюджетной классификации и бюджетного учета.

Как отмечено в Концепции реформирования бюджетного процесса РФ, «основным направлением повышения эффективности использования бюджетных средств является создание механизмов, при которых бюджетные услуги могли бы предоставляться организациями различных организационно-правовых форм. В этой связи должна быть предусмотрена возможность преобразования государственных (муниципальных) учреждений, способных функционировать в рыночной среде, в организации иной организационно-правовой формы. Суть такого преобразования состоит в освобождении государства от обязанности финансового обеспечения таких организаций на основе сметы доходов и расходов и от ответственности по их обязательствам»¹.

Подход к реформированию бюджетного процесса на основе совершенствования программно-целевых методов бюджетного планирования предполагает формирование и включение в бюджетный процесс процедуры оценки результативности бюджетных расходов, поэтапный переход от сметного планирования и финансирования расходов к бюджетному планированию, ориентированному на достижение конечных общественно значимых и измеримых результатов. «В перспективе на первое место на стадии планирования должна выходить ведомственная программная классификация. Средства должны распределяться по «администраторам расходов» (ответственное ведомство) и администрируемым ими программам. Администраторы должны доказать целесообразность расходов. Собственно, основная идея реформы и состоит в том, чтобы переходить к расширению программного принципа планирования. Ничто не мешает любой закон представить в виде программы. Бюджет должен четко делиться на программную и непрограммную части, с постепенным укрупнением позиций бюджетов программ. Только тогда появляется четкая ответственность за расходы»².

¹ Концепция реформирования бюджетного процесса Российской Федерации в 2004 – 2006 гг. – М., 2004

² Центр фискальной политики: Материалы интервью с руководителем департамента бюджетной политики Министерства финансов А. Лавровым [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.fpcenter.ru/common/data/pub/files/articles/2480/lavrov_komersant2604.pdf

В рамках БОР распорядители бюджетных средств должны обосновывать объемы и структуру своих расходных потребностей. Для этого они формулируют стратегические цели (на среднесрочную и долгосрочную перспективу) и тактические задачи. Более конкретно реализация тактических задач прописывается во внутриведомственных программах, содержащих описание поддающихся количественной оценке ожидаемых непосредственных (определенный объем и качество услуг) и конечных (эффект для получателей услуг) результатов, а также развернутую систему показателей измерения этих результатов для предварительной оценки программы на этапе согласования проекта бюджета и мониторинга ее эффективности в ходе реализации.

Таким образом, в условиях бюджетирования, ориентированного на результат, определяющее значение приобретает процесс планирования, что является важным отличием от устаревшего на сегодняшний день сметного принципа финансирования здравоохранения. Постатейное бюджетирование направлено в основном на обеспечение контроля за целевым использованием бюджетных средств, при этом эффективность использования ресурсов оно не гарантирует. Главные недостатки постатейного бюджетирования, которые призван исправить БОР¹ :

1) Отсутствие системы оценки результативности и эффективности бюджетных расходов (контроль осуществляется главным образом за целевым использованием бюджетных средств).

2) Выделение бюджетных ассигнований на основе индексации бюджетных расходов предыдущих периодов, отсутствие процедур оценки эффективности предполагаемых мероприятий по реализации государственной политики.

3) Низкий уровень ответственности и инициативности нижнего звена государственного управления, отсутствие заинтересованности в экономии средств.

Для повышения качества планирования и обоснованности управленческих решений главным распорядителям бюджетных средств (ГРБС) была предоставлена большая степень определенности в рас-

¹ Бюджетирование, ориентированное на результат: проблемы и перспективы внедрения в российскую практику управления общественными финансами [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://ruc.logincee.org/lib_upload

ходовании средств: количественная измеримость (индикативность) запланированных результатов обуславливает, с одной стороны, определенный лимит расходов бюджетных средств, находящихся в распоряжении ГРБС, с другой – служит многолетней гарантией финансового обеспечения его деятельности.

Система индикаторов, характеризующих количество и качество бюджетных услуг, включает в себя следующие элементы:

- Расходы (затраты основных фондов, затраты труда, затраты материальных ресурсов).

- Непосредственные результаты деятельности.

- Конечные результаты деятельности.

- Качество.

- Степень достижения запланированных результатов (показатели, характеризующие то, насколько удалось реализовать поставленную цель. Они могут задаваться в процентах или абсолютных величинах и являются производными от показателей непосредственного и конечного результата).

- Экономическая эффективность.

- Общественно-экономическая эффективность.

В вопросе использования программно-целевых методов управления здравоохранением достаточно большой опыт накоплен зарубежными странами. Первоначально эксперименты по внедрению методов бюджетирования, ориентированного на результат, стали проводиться в развитых западных странах во второй половине 20 века. В ходе этих экспериментов появились такие известные ныне методики, как бюджетирование «с нуля» и программное бюджетирование. Так, в 1950 г. в США был принят закон «О бюджете и процедурах бюджетной отчетности», согласно которому в бюджете представлялась не структура расходов по видам затрат, а ожидаемый результат от осуществления программ и исполнения государственных функций.

Реформирование бюджетного процесса по принципам БОР в Австралии продолжается уже более 20 лет. Правительство определяет конечные результаты в каждой конкретной сфере в виде общественно значимого эффекта, парламент утверждает необходимые для достижения этих целей ассигнования, министерства и ведомства определяют целевые значения показателей и разрабатывают систему их оценки для последующей проверки эффективности.

В Канаде все федеральные министерства и ведомства в обязательном порядке определяют основные общественно значимые результаты своей деятельности. На базе этого осуществляется планирование, измерение результативности, составление отчетов о результатах деятельности. Эти отчеты являются главным источником сведений об эффективности программ и услуг, предоставляемых канадским правительством. В 1993 г. в Канаде был принят закон «Об оценке результатов деятельности учреждений», обязывающий каждое министерство разрабатывать стратегический план (как минимум, на 6 лет). В нем прописывается стратегическая цель деятельности и задачи на долгосрочный период. Стратегический план включает также более конкретный план работы на год. Он содержит систему непосредственных и конечных результатов деятельности, а также информацию об объеме необходимых для достижения этих показателей средств.

Цели и задачи министерств *Великобритании* и целевые показатели их деятельности устанавливаются в соответствии с двумя типами соглашений: «О бюджетных услугах» и «О качестве услуг». Ограниченное число показателей способствует сосредоточению внимания на приоритетах государственной политики. На период 2001 – 2004 гг. было установлено около 160 таких показателей, из них 30 являлись межведомственными.

Изучение опыта эффективной организации механизма функционирования системы здравоохранения в государствах Западной Европы необходимо, в первую очередь, для нахождения оптимального баланса между государственным и частным секторами как главными субъектами управления отрасли.

В 2002 г. консультантами Сибирского фонда социально-экономических проектов (СИФСЭП) было проанализировано состояние системы здравоохранения в 18 ведущих странах мира. Анализ отрасли по различным индикаторам свидетельствует о том, что наибольшей эффективностью организации обладает система здравоохранения *Швеции*. Находясь на девятом месте по уровню расходов на здравоохранение, эта страна занимает лидирующее положение по ожидаемой продолжительности жизни населения. При этом здесь один из самых малочисленных коечных фондов и наибольшее число пролеченных больных.

Частное здравоохранение в Швеции развито очень слабо. На 85% отрасль обеспечивается общественным финансированием (из них 73% – государственное финансирование, 12% – социальное страхование). Двумя неоспоримыми преимуществами шведского здравоохранения являются значительная степень децентрализации отрасли, а также широкое распространение ставки врача общей практики. В каждом районе страны существует как минимум один штатный медицинский центр со специалистом общей врачебной практики (ОВП). На министерства высшего правительственного уровня возложена функция общего планирования и реализации стратегических задач развития отрасли.

Широкое внедрение должности врача ОВП (семейного врача) в настоящее время считается актуальной и перспективной задачей для большинства развитых стран Запада. Так, в 90-х годах доля врачей ОВП в системе здравоохранения Канады составляла около 60% от общего числа практикующих специалистов, в Великобритании – 32%. По заявлению Американской ассоциации медицинских колледжей (ААМС), с 1992 г. к карьере специалистов общего профиля готовится большинство американских студентов-медиков. Поддерживаемая ВОЗ программа подготовки кадров ОВП распространилась за пределы США и сегодня успешно реализуется в Канаде, Австралии, Новой Зеландии. Большое внимание, которое уделяется на Западе специалистам ОВП, обусловлено рядом преимуществ их внедрения в работу системы здравоохранения:

1. Чрезмерная специализация врачей влечет за собой риск удорожания служб первичной помощи, что, в свою очередь, негативно отражается на населении небогатых городских и сельских районов.

2. В условиях работы специалиста ОВП наиболее полно отражается принцип непрерывности охраны здоровья человека, а также индивидуального подхода к каждому обратившемуся за помощью.

3. Повышается степень координации всего комплекса медицинских услуг, оказываемых человеку в течение жизни.

4. Существенно повышается роль профилактики заболеваний, что непосредственно отражается и на состоянии здоровья населения, и на финансовом положении отрасли здравоохранения.

В целом в европейских системах здравоохранения акцент делается не на приватизации, а на повышении автономии больниц путем превращения их в больничные трасты, суть которых заключается

в усилении прав самостоятельно хозяйствующих на договорной основе субъектов. Дискуссия о дальнейшем реформировании системы здравоохранения в большинстве развитых стран ведется не только по вопросам развития института семейных врачей, но и децентрализации управления отраслью, усиления ответственности медицинских учреждений, повышения прозрачности расходов.

Проанализировав различные подходы к организации системы здравоохранения в разных государствах, специалисты СИФСЭП пришли к выводу, что при любом уровне развития экономики в стране отрасль не может избежать серьезных проблем, не имея системы лимитов и ограничений, а также доплат населения в оплате предоставляемых ему медицинских услуг. В Швеции система доплат населения сведена к минимуму и представляет собой фиксированный размер (2%) оплаты медицинских услуг вне зависимости от доходов их получателя. Для отдельных категорий граждан (безработные, малоимущие, дети и т.д.) необходимость доплаты может быть снята.

По примеру западных стран методы БОР стали применять и государства Восточной Европы и СНГ. В Казахстане соответствующее реформирование нормативно-правовой базы началось в 1999 г. Реструктуризация бюджетного сектора сопровождалась передачей некоторых государственных функций в конкурентную среду. В итоге бюджет стал формироваться на основе программной классификации, включающей текущие программы и программы развития, которые отражают социально-экономические приоритеты государственной политики. Такая систематизация позволяет объективно оценивать уровень затратности выполнения государством своих функций. С 2002 г. в Казахстане введены паспорта администраторов бюджетных программ, в которых прописываются цели, ожидаемые результаты, исполнители, сроки и т.д.

Как отмечено в Концепции реформирования бюджетного процесса в Российской Федерации в 2004 – 2006 гг., международный опыт свидетельствует о том, что для перехода к системе бюджетирования, ориентированного на результат, необходимы не только обеспечение устойчивости сбалансированности бюджета, но и глубокие преобразования всей системы государственного управления. «Форсированное ее <системы БОР> внедрение может привести к ослаблению финансовой дисциплины, снижению подотчетности и прозрачности использования бюджетных средств, росту управленческих расходов, неоправданному усложнению бюджетного администрирования.

Кроме того, предусмотренные этой системой методы и процедуры требуют практической отработки»¹. С учетом этого положения, применение методов БОР на территории РФ планируется осуществлять постепенно.

Проблема перехода сферы здравоохранения на финансирование по принципам БОР в нашей стране является предметом дискуссий. В частности, этот вопрос был затронут в 2004 г. на III Всероссийской научно-практической конференции «Проблемы и опыт совершенствования управления и повышения эффективности функционирования учреждений и предприятий социальной сферы». Говоря о проблемах финансирования здравоохранения Санкт-Петербурга, представитель Законодательного Собрания города А.А. Редько отметил: «Дефицит финансирования имеет несколько негативных последствий. Во-первых, неконтролируемо растет доля платных услуг. Во-вторых, имеет место неплановое и нерациональное перераспределение денег внутри имеющихся ресурсов. В большинстве ЛПУ Санкт-Петербурга увеличение зарплаты достигается за счет уменьшения расходов на медикаменты, питание, что приводит к ухудшению качества медицинской помощи. В-третьих, недостаток финансовых средств на адекватное превентивное лечение (льготное лекарственное обеспечение) приводит к более чем 20-ти кратным потерям бюджетных средств при последующем лечении возникших осложнений»². В качестве одного из приоритетных направлений выхода из сложившейся ситуации, по мнению А.А. Редько, выступает «восстановление принципов финансового планирования здравоохранения».

Так как система здравоохранения является одной из наиболее уязвимых в плане последствий внедрения каких-либо нововведений, реформирование отрасли должно происходить осторожно, с учетом мнения специалистов из разных областей науки. Рядом ведущих отечественных экономистов критически воспринимаются некоторые основополагающие моменты БОР¹:

¹ Концепция реформирования бюджетного процесса в Российской Федерации в 2004 – 2006 гг. – М., 2004.

² Проблемы и опыт совершенствования управления и повышения эффективности функционирования учреждений и предприятий социальной сферы: Тезисы докладов III Всерос. науч.-практ. конф. – СПб., 2004. – С. 12.

³ Глазьев С. Федеральная социально-экономическая политика: принципиальных изменений не намечается (по поводу правительственных бюджетных проектировок и прогнозных оценок – 2006) // Российский экономический журнал. – 2005. – № 7-8. – С. 19.

1. В частности, переход здравоохранения от сметного принципа финансирования к нормативам выделения средств на одного больного может спровоцировать упрощение медицинских услуг. Кроме того, здравоохранение, как и образование, представляет собой слишком сложную и многопрофильную отрасль, чтобы переводить работающие в ней организации исключительно на нормативно-подушевой принцип финансирования.

2. Автономизация медицинских учреждений может рассматриваться как «фактический отказ государства от функции собственника этих организаций». При этом ключевой задачей планирования, по новому бюджету, становится не здоровье человека, а «балансировка между результатами медицинской деятельности учреждений здравоохранения и мерами финансовых затрат для их достижения».

3. Сокращение дорогостоящей стационарной помощи путем усиления менее затратного амбулаторно-поликлинического звена сегодня вряд ли возможно, поскольку оно будет становиться все более формализованным вследствие введения клинико-экономических протоколов на лечение каждой болезни. При этом нормативы расходов на «человеко-болезни», вероятнее всего, будут дифференцированы в связи с многократными различиями бюджетных возможностей регионов.

4. Отстраняясь от функции собственника медицинских учреждений, государство наделяет их коммерческими функциями. В результате медучреждения будут заинтересованы в развертывании непрофильной рыночной активности, а государство практически потеряет способность выступать в качестве главного гаранта здоровья граждан. В этих условиях планируется расширить систему ОМС, однако развитие профилактического направления, необходимого для повышения эффективности отрасли здравоохранения в целом, невозможно, поскольку «страховые корпорации не станут покрывать расходы своих клиентов на оплату услуг профилактических и физкультурных учреждений, финансировать развертывание инфраструктуры диагностики и предупреждения «социально-чувствительных болезней».

5. Все это может привести к недоступности медицинских услуг высококвалифицированных специалистов, в то время как врачи общей специальности смогут оказывать лишь стандартную медицинскую помощь и выполнять услуги по подготовке медицинской документации.

6. Кроме того, проект федерального бюджета на 2006 г. предполагает увеличение финансовой нагрузки на бюджеты регионов (расходы по статье «Здравоохранение и спорт» из регионального бюджета должны составлять 461,6 млрд. рублей или 115,7% по отношению к 2005 г.). Вместе с тем он не предусматривает дополнительного финансирования на передаваемые «вниз» полномочия, в результате чего средств бюджетов субъектов Федерации может просто не хватить на осуществление всех запланированных мероприятий. По этому поводу заместитель министра здравоохранения В.И. Стародубов заметил: «Позиция наших оппонентов – дайте нам 5% ВВП, и ничего не нужно менять. Она неприемлема, потому что, естественно, те люди, которые принимают решения, в том числе и финансово-экономический блок, хотят видеть, как мы будем его расходовать. Сейчас у нас появилась возможность более пристально и детально подойти к этой проблеме»¹.

Принимая во внимание вышеизложенные проблемы, следует все-таки отметить, что переход к программно-целевым методам деятельности учреждений здравоохранения в существующих условиях является наиболее эффективным и закономерным процессом. Перспективность этого выбора демонстрируют как практика бюджетирования в развитых западных странах, так и отдельные разработки отечественных регионов. О хороших стартовых позициях в проведении реформы здравоохранения свидетельствует опыт исполнения федеральных целевых программ. В качестве одного из реализованных принципов БОР А. Лавров отмечает Фонд реформирования региональных финансов, деньги из которого получают субъекты РФ, достигшие наибольшего прогресса в управлении своими бюджетами. В этой системе практически полностью реализована новая идеология бюджетирования: оценка производится по 50 индикаторам, действует принцип нулевого бюджета, внедрена конкуренция субъектов Федерации за ресурсы.

Внедрение принципов БОР в практику управления отечественной системой здравоохранения вызывает ряд затруднений, которые исключали возможность применения данного подхода раньше. К таким трудностям можно отнести, например, сложность расстановки приоритетов деятельности, проведение комплексной реформы

¹ Новая газета. – 2005. – №89. – 27 ноября.

бухгалтерского учета, отсутствие в достаточной степени сбалансированного бюджета, незавершенность реформ межбюджетных отношений. В настоящее время эти проблемы преодолены, поэтому новый подход в управлении отраслью является вполне обоснованным. По мнению А. Лаврова, «при предоставлении общественных услуг мерить результаты сложно, но делать это абсолютно необходимо, потому что если мы не умеем мерить результат, то мы не можем управлять процессом, мы не понимаем, зачем мы все это делаем, и, в конечном счете, не можем ничего улучшить»¹.

Таким образом, основные принципы среднесрочного бюджетирования, ориентированного на результат, заключаются в следующем:

- Планирование по видам расходов заменяется *на планирование социально-экономических результатов*, получаемых в ходе осуществления государством своих функций.

- Распределение бюджетных средств зависит от достижения показателей социально-экономической эффективности.

- Бюджетные средства распределяются по стратегическим целям, тактическим задачам и программам.

- Стратегические цели, тактические задачи и программы.

формулируются на основе принципов государственной политики, оформленных *в виде соответствующих законодательных или иных нормативно-правовых актов*.

- В определении целей, задач и программ *принимает участие население*.

Для здравоохранения применение принципов БОР, в отличие от других бюджетных отраслей, не является чем-то неизведанным. Принципы Нового хозяйственного механизма, применявшегося в 1987 – 1993 гг., и принципы финансирования в системе обязательного медицинского страхования очень схожи и несут в себе основные черты БОР. Принципиально новым является то, что усиление процесса распределения ресурсов под поставленные цели и процесса оплаты по результатам проводится с государственного уровня, а не только с уровня отрасли. Министерством финансов стимулируется

¹ Центр фискальной политики: Материалы интервью с руководителем департамента бюджетной политики Министерства финансов А. Лавровым [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.fpcenter.ru/common/data/pub/files/articles/2480/lavrov_komersant2604.pdf

активность участников бюджетной реформы. Эти обстоятельства, безусловно, будут способствовать внедрению принципов БОР в практику деятельности учреждений здравоохранения, что до сих пор не удавалось сделать в полной мере отрасли здравоохранения самостоятельно.

При осознании необходимости соизмерения полученных и запланированных результатов в первую очередь встает вопрос о разработке системы индикаторов, отражающих приоритетные направления в расходовании бюджетных средств в сфере здравоохранения.

Существовавшая ранее оценка эффективности деятельности здравоохранения с использованием только конечных социально-демографических показателей, а также таких критериев, как размер коечного фонда, количество койко-дней и т.д., в условиях функционирования отрасли по принципам БОР является непригодной. Новым условиям финансирования здравоохранения, заключающимся в ориентации результатов деятельности на среднесрочную перспективу (до 5 лет), должна соответствовать аналогичная система планирования и оценки результатов. Именно такую систему представляет собой концепция стратегического индикативного планирования.

ГЛАВА 2

СТРАТЕГИЧЕСКОЕ УПРАВЛЕНИЕ КАК ОСНОВА ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

2.1. Основные понятия и особенности построения системы индикативного планирования на региональном уровне

Эффективное функционирование системы здравоохранения в рамках бюджетирования, ориентированного на результат, невозможно без четко отлаженного механизма планирования, прогнозирования и оценки результатов деятельности. Поскольку концепция БОР предполагает финансирование деятельности медицинских учреждений в зависимости от уровня достижения запланированных результатов, существенно повышается роль определения индикаторов, по которым эта деятельность будет оцениваться. С тем чтобы обозначенные индикаторы позволяли бы одновременно учитывать и степень рациональности деятельности медицинских учреждений, и эффект, который они производят на совокупный уровень общественного здоровья, их выбор должен быть четко обоснованным, системным и доступным для анализа, дающего возможность принятия эффективных и своевременных управленческих решений.

Функционирование отрасли здравоохранения в настоящее время требует от системы планирования определенных качеств¹:

1. Стратегической направленности.
2. Рекомендательного характера (планирование должно быть инструментом для научно обоснованного решения по достижению стратегических целей развития отрасли).
3. Демократизации процесса разработки и принятия плановых документов.

¹ Районная экономика: вчера, сегодня, завтра / Под рук. В.А. Ильина, В.И. Чиркова. – Вологда: ВНКЦ ЦЭМИ РАН, 2002. – С. 100.

В этом направлении в области уже сделаны значительные шаги. Постановлением губернатора области в мае 2000 г. была одобрена концепция «Вологодская область – Здоровье-21: долгосрочная политика охраны и укрепления здоровья населения Вологодской области»¹, рассчитанная до 2010 г. Она определяет основные стратегии и направления деятельности региональной системы здравоохранения. Соответствующие этому конкретные цели и задачи сформулированы в стратегическом плане «Охрана и укрепление здоровья населения Вологодской области на 2003 – 2010 годы»², который был утвержден Правительством области 21 октября 2002 г. План рассчитан на 8 лет и имеет перечень индикаторов результативности исполнения задач, показателей мониторинга, исполнительных ведомств и т.д.

В качестве формы, способной обеспечить достижение стратегических целей и задач и отвечающей всем вышеназванным принципам, возможно использование индикативного планирования, получившего широкое распространение за рубежом (в том числе и в сфере здравоохранения). Индикативное планирование базируется на формировании системы индикаторов (индикативных показателей), характеризующих желаемое состояние и развитие системы здравоохранения и разработку мер по их достижению.

Сегодня опыт применения индикативного планирования имеется уже во многих развитых странах (Франция, Япония, Великобритания, Германия), и переход отечественной системы здравоохранения на бюджетирование по принципам БОР является еще одним шагом в этом направлении.

В современных условиях высокоразвитых рыночных отношений с учетом того, что сфера здравоохранения имеет социальную направленность и не может развиваться исключительно по законам бизнеса, актуальной проблемой является соотношение планового и рыночного начал. Зарубежный опыт свидетельствует о том, что рынок не способен самостоятельно обеспечить достижение целей охраны и укрепления здоровья и эффективное использование ресурсов, так как необходимо целенаправленное управление объемами и структурой оказания медицинской помощи на основе сочетания плановых и рыночных регуляторов.

¹ Концепция «Вологодская область – Здоровье-21: долгосрочная политика охраны и укрепления здоровья населения Вологодской области». – Вологда, 2000. – 14 с.

² Охрана и укрепление здоровья населения Вологодской области на 2003 – 2010 годы: стратегический план. – Вологда, 2002.

В разные времена отрасль здравоохранения во всех странах сталкивалась с проблемой соотношения директивного и индикативного начал в процессе планирования. До сих пор этот вопрос остается открытым. В России до конца 1980-х гг. господствовал директивный метод планирования, который предполагал разработку планов, имеющих силу юридического закона. Такой способ организации деятельности системы здравоохранения имел ряд преимуществ. Однако, как показала практика, он оказался непригодным в условиях рынка. К преимуществам директивного планирования в СССР, бесспорно, можно было отнести сильную внутреннюю управляемость и централизованность работы системы здравоохранения. В то же время общие закономерности функционирования отрасли как централизованно-экономической системы вызывали заинтересованность в наращивании мощности медицинских учреждений безотносительно к спросу на услуги. Одновременно в условиях тотального регулирования цен и формальной бесплатности для потребителей медицинских услуг «спрос на последние был явно завышен, так что, несмотря на упомянутое наращивание потенциала сети ЛПУ, руководители системы здравоохранения могли сослаться на существование неудовлетворенной потребности населения в соответствующих услугах»¹. К тому же под влиянием идеологического фактора в планировании здравоохранения делался упор на количественные параметры (количество коек, врачей и т.д.), что привело к высокой обеспеченности населения врачами и койками при относительно невысоком качестве медицинских услуг. Главным недостатком директивного планирования выступала ориентация деятельности на рост валовых показателей, а не на эффективность помощи.

В этом смысле коренным отличием индикативной формы планирования является регулирование всей совокупности возникающих хозяйственных отношений не государством, а самим рынком. Функция государства при этом сводится к созданию условий для оптимального протекания данного процесса, в частности – к охране социальных интересов населения.

Сегодня можно выделить четыре подхода к определению термина «индикативное планирование»:

¹ Анализ управляемости действующей системы здравоохранения. – М., 1999. – С. 18.

1. В соответствии с первым подходом под индикативным планированием понимается самостоятельное планирование предприятиями и организациями своей деятельности, но в рамках макропоказателей, установленных государством. Данный подход отводит государству сравнительно незначительную роль, заключающуюся в установлении общих ориентиров развития экономики с целью соблюдения национальных и общественных интересов.

2. При втором подходе к пониманию индикативного планирования частные предприниматели (медицинские учреждения) осуществляют свою деятельность на основе более конкретных задач, которые формулируются государством. В данном случае государство одновременно выполняет и мотивирующую, и информационно-ориентирующую функции.

3. Третий подход предполагает, что индикативный план должен содержать обязательные задания для государства и государственного сектора. Частные предприятия ориентируются на индикативные планы, подстраиваясь под планы государства, даже если для них это не обязательно. Государственный план при этом трактуется как «система показателей, реализующих централизованное управление и косвенное регулирование различных секторов экономики, прежде всего государственного. Она включает в себя как ориентирующие показатели (конкретные цифры), имеющие лишь информационное значение для предприятий, отраслей и регионов, так и директивные показатели – государственный заказ, лимиты, экономические регуляторы»¹.

4. Согласно четвертому подходу индикативное планирование трактуется как механизм координации действий и интересов государства и других субъектов экономики. Данный подход является наиболее эффективным, так как способствует координации и кооперации деятельности хозяйствующих субъектов с органами государственной власти, а также создает условия для рационального и эффективного использования государственных ресурсов. Кроме того, при таком понимании индикативного планирования формируются более существенные предпосылки долгосрочного предвидения и регулирования хозяйственных процессов².

¹ Безруков В. Организация государственного планирования и регулирования экономики // Плановое хозяйство. – 1990. – №3. – С. 69.

² Индикативное планирование: теория и пути совершенствования. – М., 2000. – С. 17.

Идея индикативного планирования прошла в своем развитии несколько исторически сложившихся форм (конъюнктурная, структурная). В условиях ориентации здравоохранения на среднесрочный план деятельности наиболее эффективным является стратегическое индикативное планирование, при котором сам план значительно расширяет свой временной горизонт и выступает в качестве способа разработки и реализации долгосрочной общенациональной социально-экономической политики.

Стратегическое планирование предполагает наличие глобальной цели, для достижения которой выбираются прикладные цели, приоритетные направления развития, конкретные задачи. Под стратегическим планированием понимается особый вид плановой работы, состоящий в разработке стратегических решений (в форме планов, программ, проектов), предусматривающих выдвигание таких целей и стратегий поведения соответствующих объектов управления, реализация которых обеспечит их эффективное функционирование в долгосрочной перспективе, быструю адаптацию к изменяющимся условиям внешней среды¹. Суть стратегического планирования состоит в выборе приоритетов развития отрасли, ведущую роль в реализации которых берет на себя государство.

Стратегическому планированию присущ ряд принципов:

- ⇒ Ориентация на достижение ключевых целей.
- ⇒ Устремленность в долгосрочную перспективу.
- ⇒ Органическая увязка намеченных целей с объемом и структурой ресурсов, необходимых для их достижения.
- ⇒ Адаптивный характер, означающий способность изменения внешней и внутренней среды планируемого объекта.

Для реализации стратегической формы индикативного планирования на региональном уровне наиболее приемлемой, на наш взгляд, является многоуровневая система планирования и управления развития здравоохранения, включающая три подсистемы: стратегическую, тактическую и оперативную (табл. 2.1).

Стратегический уровень предполагает разработку общей концепции, определение стратегических целей и направлений развития на 5 и более лет. В его основе лежит формирование долгосрочной

¹ Стратегическое планирование: Учебник / Под ред. Э.А. Уткина. – М.: ЭКМОС, 1998. – С. 21.

Таблица 2.1. Уровни планирования

	Стратегический	Тактический	Оперативный
Перспектива	От 5 лет	2 – 4 года	1 год
Высший уровень целеполагания	Миссии	Цели	Цели, задачи
Основа успеха	Человеческие ресурсы	Развитие новых технологий	Точное соблюдение инструкций
Критерии выполнения плана	Системные и творческие	Соответствие результатов задачам проекта	Точное выполнение задач

концепции развития сферы здравоохранения. В соответствии с Федеральным законом «О государственных прогнозах и программах социально-экономического развития Российской Федерации» концепция представляет собой «систему представлений о стратегических целях и приоритетах социально-экономической политики, важнейших направлениях и средствах реализации указанных целей».

Принятие региональной концепции развития здравоохранения позволяет:

- Определить стратегические цели и приоритетные задачи развития отрасли, исходя из которых принимаются тактические и оперативные решения.
- Достигнуть взаимопонимания и взаимодействия всех заинтересованных сторон (государства, учреждений здравоохранения, населения), указывая перспективные направления развития.
- Повысить способность отрасли адаптироваться к изменениям внешней среды, т.к. концепция развития здравоохранения является реакцией органов управления на текущие и прогнозируемые тенденции.
- Перевести цели в понятия практической деятельности, чтобы дать качественную и количественную оценку степени их достижения.

По мнению большинства специалистов, осуществление стратегического планирования и соответствующих преобразований организационной и управленческой структуры сектора требует ориентации всей системы здравоохранения на решение проблем здоровья населения (а не проблем самой отрасли). То есть акценты необходимо перенести с деятельности по совершенствованию системы оказания медицинской помощи населению на мероприятия по улучшению состояния здоровья граждан, включая все его детерминанты (образ жизни, окружающую среду и т.д.). Практически это означает

направленность всей системы здравоохранения на охрану, укрепление здоровья и профилактику при повышении эффективности первичной медико-санитарной помощи и основных ее субъектов – врачей общей практики и семейных врачей.

Силами одной системы здравоохранения этого добиться невозможно, поэтому подобный подход предполагает межсекторальное взаимодействие в вопросах охраны и укрепления общественного здоровья. В связи с этим в стратегическом плане «Охрана и укрепление здоровья населения Вологодской области на 2003 – 2010 годы» отмечено: «В соответствии с современными подходами к решению проблем здоровья ожидать его устойчивого улучшения можно лишь в случае целенаправленных и согласованных действий всех ведомств, чья деятельность оказывает влияние на те или иные аспекты здоровья, включая социально-экономические вопросы и безопасность, состояние окружающей среды и благоустройство мест обитания, развитие транспорта и качество медицинской помощи, культуру и образование. Данный подход соответствует социальной модели здоровья и предполагает разработку и внедрение ориентированных на здоровье межведомственных планов»¹.

Региональная концепция основывается на соответствующей федеральной концепции развития здравоохранения Российской Федерации, учитывая местные особенности.

Концепция должна состоять из нескольких разделов:

1. Анализ стартовых условий развития здравоохранения.
2. Стратегические цели и приоритетные задачи развития здравоохранения.
3. Основные направления здравоохранительной политики.
4. Необходимые ресурсы и механизмы реализации концепции.

Так как принимаемые в настоящее время решения определяют будущее, при стратегическом управлении предполагается максимальный учет реалий текущей ситуации. Поэтому для построения системы индикативного планирования **на стратегическом уровне** необходимо осуществить ряд последовательных этапов:

Первый этап – *подробный анализ состояния общественного здоровья и факторов здравоохранения области*. Такой анализ предусматривает проведение следующих нескольких шагов:

¹ Охрана и укрепление здоровья населения Вологодской области на 2003 – 2010 годы: Стратегический план. – Вологда, 2002. – С. 6.

- Количественное измерение и оценка качества физического здоровья населения региона. Они включают ретроспективный анализ демографических (уровни рождаемости, смертности, ожидаемой продолжительности жизни), медицинских (заболеваемость, болезненность, учет населения с физическими недостатками) показателей по половозрастным признакам в разрезе муниципальных образований. Полученные результаты рассматриваются в динамике и в сравнении с показателями соседних регионов и в целом Российской Федерации.

- Анализ объективных (материальное положение населения, условия труда и проживания, экологическая обстановка и т.д.) и субъективных (условия и образ жизни, индивидуальная активность по охране и укреплению здоровья и т.д.) факторов, влияющих на здоровье населения Вологодской области. Необходимо выявить те факторы, которые в первую очередь влияют на уровень здоровья населения, и определить степень их влияния. Решение этой задачи позволит обеспечить оптимизацию системы управления и проведение эффективной политики в сфере здравоохранения.

- Анализ состояния медицинских служб и организаций управления здравоохранением. Данное состояние характеризуется тремя группами показателей (обеспеченность населения медицинской помощью, обращаемость населения в учреждения здравоохранения, особенности управления отраслью здравоохранения и ее финансирования).

При проведении анализа используется не только объективная (статистическая) информация, но и данные, полученные в ходе социологических опросов. Конечным результатом является комплексный анализ состояния общественного здоровья и развития системы здравоохранения в регионе.

Второй этап – *формирование научно обоснованных стратегических целей и приоритетных задач развития здравоохранения.*

Достижение главной стратегической цели концепции и стратегического плана по охране и укреплению здоровья населения (улучшение показателей здоровья) осуществляется через выполнение подцелей и решение приоритетных задач. Их разработка происходит следующим образом:

- На основе проделанного анализа выявляются основные проблемы развития отрасли здравоохранения.

- Прогнозируются основные показатели в сфере здравоохранения, определяются тенденции развития отрасли и возможные трудности.

- Происходит экспертиза и отбор приоритетных проблем.

- Определяются количественные и качественные параметры отобранных проблем, формулируются стратегические цели и задачи развития, разрабатывается система показателей, которые необходимо достичь в будущем.

Третий этап – *определение основных направлений развития здравоохранения*. Исходя из сформулированных целей и задач выбираются наиболее важные направления развития, которые в дальнейшем могут реализовываться с помощью соответствующих целевых программ. Выбор стратегических направлений во многом зависит от местных условий и может включать: профилактику заболеваний, являющихся основными причинами преждевременной смертности и инвалидизации населения; снижение воздействия важнейших факторов, повышающих риск смертности, заболеваемости, инвалидности; борьбу с отдельными видами наиболее социально опасных заболеваний (ВИЧ/СПИД, наркомания, туберкулез и т.д.); повышение социальной и экономической эффективности деятельности здравоохранения и т.д.

В концепции «Вологодская область – Здоровье-21...» к основным направлениям реализации долгосрочной политики отнесены:

- Повышение уровня медицинских и гигиенических знаний населения и создание условий для самореализации личности по сохранению и укреплению собственного здоровья.

- Активизация всех секторов общества - экономики, промышленности, образования, культуры, общественных организаций и др. – в профилактической деятельности по снижению социальных и экономических потерь.

- Переориентация системы здравоохранения преимущественно на первичное звено при повышении эффективности управления.

- Совершенствование деятельности органов и учреждений здравоохранения.

- Налаживание эффективного межведомственного взаимодействия в вопросах охраны здоровья.

- Повышение качества анализа и прогноза состояния здоровья населения и определяющих его факторов.

Четвертый этап – *определение основных этапов, ответственных исполнителей и механизмов реализации, а также необходимых для этого ресурсов.*

Тактический уровень индикативного планирования предполагает разработку целевых программ и среднесрочного плана развития здравоохранения на 4 года.

С помощью целевых программ осуществляется реализация основных направлений охраны и укрепления здоровья населения области, содержащихся в стратегическом плане. Программы устанавливают цели (в виде конкретных количественных показателей) и основные мероприятия по их достижению. На уровне Российской Федерации принимаются целевые программы, направленные на развитие правовой базы здравоохранения, совершенствование систем управления и финансирования, разработку и внедрение новых, более эффективных технологий. На региональном и муниципальном уровнях целевые программы должны обеспечивать реализацию приоритетов стратегического плана.

В настоящее время в Вологодской области действуют или находятся на стадии разработки следующие целевые программы¹ (табл. 2.2).

Таблица 2.2. Перечень целевых программ в сфере здравоохранения Вологодской области и сроки их реализации

Наименование целевой программы	Сроки реализации
1. Формирование здорового образа жизни	2004 – 2009
2. Укрепление здоровья женщин и детей	2004 – 2009
3. Профилактика болезней сердечно-сосудистой системы	2003 и ежегодно
4. Профилактика и ранняя диагностика онкологических заболеваний	2003 и ежегодно
5. Профилактика наркомании и алкоголизма	2005 – 2007
6. Профилактика ВИЧ-инфекции	2006 – 2011
7. Профилактика туберкулеза	2006 – 2011
8. Профилактика заболеваний, передающихся половым путем	2003 – 2008
9. Ликвидация заболеваемости корью	2004 и ежегодно
10. Снижение травматизма, количества несчастных случаев и отравлений	2005 – 2010
11. Улучшение качества жизни и здоровья пожилых людей	2004 – 2009
12. Улучшение состояния среды обитания	2004 – 2009
13. Борьба со стрессом	2005 – 2010

¹ Охрана и укрепление здоровья населения Вологодской области на 2003 – 2010 годы: Стратегический план. – Вологда, 2002. – С. 6.

Для разработки плана на тактическом уровне необходимо осуществление следующих этапов:

1. *Организационно-подготовительный этап.* В его рамках проводятся подготовительные работы по разработке плана. Они включают подготовку задания на разработку плана, определение организационного аппарата (координатор и исполнители), согласование сроков и ресурсов, требующихся для разработки плана. На этом же этапе происходит формирование информационной базы, предусматривающей использование как объективной (статистической), так и субъективной (полученной в ходе социологических исследований) информации.

2. *Создание проекта планового документа.* На данном этапе происходит разработка проекта плана. Исходя из стратегических направлений, заложенных в концепции, формулируются цели и задачи на краткосрочный и среднесрочный периоды. Далее определяются стратегические территориальные нормативы объемов медицинской помощи и расчет нормативного объема медицинской помощи, необходимой населению субъекта РФ. Также на данном этапе рассчитываются нормативы стоимости медицинской помощи и затраты на оказание медицинских услуг.

3. *Согласование и утверждение проекта.* На последнем этапе проводится согласование и экспертиза проекта. В экспертизу входит оценка целей, задач, приоритетных направлений проекта, обоснованность показателей, характеризующих достижение целей и задач, соответствие заложенного в проекте объема ресурсов реальным расходам на реализацию намеченных мероприятий.

По схожей схеме в 2003 г. департаментом здравоохранения был разработан проект среднесрочного плана мероприятий по совершенствованию деятельности сети учреждений здравоохранения Вологодской области на 2003 – 2005 гг.

Оперативный уровень планирования обеспечивает соблюдение принципа непрерывности и преемственности. В соответствии с этим принципом план развития здравоохранения разрабатывается следующим образом:

1. Первый год рассматривается детально – с помесечной (квартальной) разбивкой мероприятий.

2. Второй год – с полугодовой разбивкой мероприятий.

3. Третий и четвертый годы – в годовых параметрах¹.

Важнейшей задачей оперативного планирования является формирование плана реализации стратегического плана на текущий год. Основной принцип оперативного планирования – увязка объемов и структуры медицинской помощи с ожидаемыми финансовыми ресурсами². Следовательно, оперативный план представляет собой финансовое планирование, при котором сначала планируются финансово обеспеченные объемы помощи, а затем определяются необходимые мощности лечебно-профилактических учреждений.

Таким образом, стратегическое индикативное планирование в условиях бюджетирования, ориентированного на результат, служит важнейшим элементом организации эффективной работы системы здравоохранения, поскольку обеспечивает важное условие – ориентацию деятельности на достижение запланированных показателей. Вместе с тем индикативное планирование позволяет сделать анализ ситуации по определенной системе индикаторов, сопоставить их прогнозируемые и реально достигнутые значения, что, в свою очередь, позволяет выработать систему соответствующих рекомендаций. Эффективное проведение такого анализа возможно только при организации системы мониторинга.

2.2. Опыт организации мониторинга системы здравоохранения

Современное социально-экономическое развитие характеризуется постоянным возрастанием роли информации. Поэтому для эффективного управления экономикой (и в частности социальной сферой) требуется своевременная, достаточная, достоверная информация о происходящих процессах. Слабая информационная поддержка управленческих решений приводит к обострению многих проблем, среди которых можно выделить следующие:

1. Недостаток объективной и полной оценки современного положения и происходящих изменений, несвоевременность разработки регулирующих воздействий, направленных на поддержку позитивных и ослабление негативных тенденций.

¹ Стратегия управления муниципальными образованиями / Колл. авторов под науч. рук. д.э.н., проф. В.А. Ильина, А.С. Якуничева. – Вологда: ВНКЦ ЦЭМИ РАН, 2000. – 115 с.

² Шейман И.М. Реформа финансирования российского здравоохранения. – М.: Издатцентр, 1998. – 336 с.

2. Низкая эффективность организации сбора и обработки необходимой информации.

3. Прогнозирование развития социально-экономических процессов без учета наметившихся тенденций¹.

Возможным вариантом решения названных проблем является организация постоянного мониторинга здоровья населения и деятельности учреждений системы здравоохранения.

Необходимо отметить, что исследования в области мониторинга в настоящее время не имеют прочного методологического обеспечения. В работах российских авторов встречаются различные методологические подходы к организации системы мониторинга. Отличия в основном вызваны отсутствием единой терминологии и определения функций мониторинга².

Понятие «мониторинг» пришло из информатики, где использовалось для обозначения измерения производительности и контроля за сроками реализации процессов в компьютерных системах. Большой экономический словарь определяет мониторинг как «наблюдение, оценку и прогноз состояния каких-либо явлений или процессов, анализ их деятельности как составную часть управления»³.

Исследователи Института проблем региональной экономики РАН под социально-экономическим мониторингом понимают оценку, прогноз, систему наблюдения и анализа экономической и социальной обстановки, складывающейся на территории, а также подготовку рекомендаций по принятию управленческих решений⁴.

М.Ю. Гараджа в исследовании «Мониторинг результативности бюджетных расходов: основные этапы внедрения на местном уровне» указывает на существование трех значений термина «мониторинг». Во-первых, это – постоянное наблюдение за каким-либо процессом с целью определить, соответствует ли он желаемому результату или первоначальным предположениям; во-вторых, – наблюдение, оценка

¹ Ускова Т.В., Зуев А.Н., Смирнов А.А. Мониторинг развития муниципальных образований / Под ред. д.э.н., проф. В.А. Ильина. – Вологда: ВНКЦ ЦЭМИ РАН, 2002. – С. 8.

² Там же.

³ Большой экономический словарь / Под ред. А.Б. Борисова. – М., 2002. – С. 402.

⁴ Ускова Т.В., Зуев А.Н., Смирнов А.А. Мониторинг развития муниципальных образований / Под ред. д.э.н., проф. В.А. Ильина. – Вологда: ВНКЦ ЦЭМИ РАН, 2002. – С. 9.

и прогноз состояния окружающей среды в связи с хозяйственной деятельностью человека и, в-третьих, – регулярный сбор основных данных о текущих результатах проекта, затратах и т.д. в течение всего периода осуществления проекта ¹.

В сфере здравоохранения под мониторингом здоровья понимается «система оперативного слежения за состоянием и изменением здоровья населения, представляющая собой постоянно совершенствующийся механизм получения разноуровневой информации для углубленной оценки и прогноза здоровья населения за различные временные интервалы» ². В Положении о социально-гигиеническом мониторинге, утвержденном Постановлением Правительства РФ от 01.06.2000 г. №426, социально-гигиенический мониторинг трактуется как «государственная система наблюдения, анализа, оценки и прогноза состояния здоровья населения и среды обитания человека, а также определения причинно-следственных связей между состоянием здоровья населения и воздействием факторов среды обитания человека».

Таким образом, несмотря на существование различных подходов к определению мониторинга, все авторы понимают под ним целенаправленную деятельность, связанную с наблюдением, оценкой и прогнозом состояния наблюдаемого объекта. Основная цель мониторинга заключается в обеспечении органов управления необходимой, своевременной и достоверной информацией о состоянии и развитии объекта мониторинга.

В соответствии с этой целью, основными задачами при проведении мониторинга являются:

- 1) организация наблюдения, получения достоверной и объективной информации о ходе социально-экономических процессов;
- 2) оценка и системный анализ получаемой информации, выявление причин, вызывающих тот или иной характер протекания экономических процессов;
- 3) обеспечение в установленном порядке информацией, полученной при осуществлении социально-экономического мониторинга, органов управления, предприятий, учреждений, граждан;

¹ Гараджа М.Ю. Мониторинг результативности бюджетных расходов: основные этапы внедрения на местном уровне. – М., 2002. – С. 4.

² Концепция создания государственной системы мониторинга здоровья населения России. – М., 1996. – С. 6.

4) разработка прогнозов развития социально-экономической ситуации;

5) подготовка рекомендаций по преодолению негативных и поддержке позитивных тенденций, направление выработанных рекомендаций соответствующим органам власти и управления¹.

Мониторинг позволяет более обоснованно подходить к выбору целей и задач развития, а также принимать своевременные решения о внесении корректив в проводимую политику в случае несоответствия результатов намеченным целям.

Исследователи выделяют ряд принципов, которым должен соответствовать эффективный мониторинг:

1. *Целенаправленность*. Система мониторинга должна быть направлена на достижение управленческих целей и задач. Четкое следование принципу целенаправленности позволит не заниматься сбором и обработкой информации «на всякий случай», предохранит от ненужной информационной избыточности, создаст предпосылки для создания экономически активной системы.

2. *Системность*. Этот принцип основан на том, что любая система является открытой. В то же время она служит подсистемой более крупных систем и одновременно состоит из многих взаимосвязанных подсистем и элементов. Поэтому объектом мониторинга должны быть не только отдельные элементы системы (например, здравоохранения), но и существующие связи между ними. Системный подход к организации мониторинга ориентирует на принцип комплексности.

3. *Комплексность*. Необходима последовательность решения всей совокупности задач мониторинга по каждому из его направлений, начиная от наблюдения за ходом какого-либо процесса и вплоть до разработки рекомендаций, ориентированных на решение тех или иных задач.

4. *Структурная полнота и логическая завершенность*. Мониторинг должен включать все стадии сбора строго определенной информации, ее анализ и оценку (диагностику) развития объекта.

5. *Непрерывность наблюдения за объектом*. Этот принцип основан на необходимости постоянного отслеживания изменений объекта.

¹ Когут А.Е., Рохчин В.С. Информационные основы регионального социально-экономического мониторинга. – СПб., 1995. – С. 143.

6. *Периодичность*. Данный принцип предполагает снятие информации о происходящих изменениях через равные промежутки времени.

7. *Сопоставимость применяемых показателей во времени*¹.

В зависимости от глубины исследования выделяют комплексный и проблемно-ориентированный мониторинг². В задачи комплексного мониторинга входит, к примеру, наблюдение, анализ социально-экономического или политического развития в целом.

Проблемно-ориентированный мониторинг направлен на отслеживание состояния и развития той или иной проблемы. Примером может служить мониторинг физического и психического здоровья, трудового и образовательного потенциала, проводимый в Вологодском научно-координационном центре ЦЭМИ РАН. К такому типу мониторинга следует отнести и мониторинг здравоохранения.

Кроме того, система мониторинга должна носить многоуровневый характер и соответствовать федеральному, региональному и муниципальному уровням управления. Многоуровневый характер мониторинга определяется исходя из специфики задач, стоящих перед различными уровнями управления. При этом сбор и обработку информации необходимо осуществлять по единой методике с учетом региональных и местных особенностей.

Особую роль в организации мониторинга играет его информационная основа. Вся информация представлена совокупностью информационных потоков, среди которых можно выделить наиболее важные (за основу взята классификация, предложенная проф. В.Н. Ивановым и к.ю.н. А.О. Дорониным)³:

- исходная информация – необходима для выработки и принятия управленческих решений;
- сами решения или управленческие команды – определяют организацию управляющих и управляемых систем (объекта управления);

¹ Основы местного самоуправления в городах России / Под ред. А.Е. Когута. – СПб.: ИСЭП РАН, 1995. – С. 258.

² Формирование федеральной системы мониторинга оценок населения: Отчет о НИР. – Вологда: ВНКЦ ЦЭМИ РАН, 2003. – С. 38.

³ Основы современного социального управления: теория и методология: Учеб. пособие / Под ред. В.Н. Иванова. – М.: Экономика, 2000. – С. 122

- регулирующая информация – это различные нормативы, правила, законы, инструкции и др.;
- оперативная информация – поступает в процессе функционирования управляющей системы, характеризует состояние объекта управления;
- внешняя информация – поступает от других систем, связанных с объектом управления;
- контрольно-учетная информация – характеризует течение и результаты работы управляющей системы.

Кроме того, всю информацию делят на внутреннюю и внешнюю. Внутренняя информация – это потоки внутри системы, внешняя – потоки информации, циркулирующие между данной системой и внешней средой ¹.

Поскольку информация служит основой для принятия управленческих решений, она должна соответствовать ряду требований: быть полной, достоверной, своевременной, оперативной и достаточной и в то же время отвечать определенному уровню управления. В соответствии с иерархией управления можно выделить три вида информации:

- 1) *Стратегическая* – предназначена для высшего уровня управления объектом и содержит индикаторы эффективности проводимой политики в целом.
- 2) *Тактическая* – предназначена для поддержки принятия решений руководителями среднего уровня управления.
- 3) *Оперативная* – предназначена для нижнего уровня управления и используется для описания текущих операций ².

Информационное обеспечение мониторингового исследования должно сочетать в себе объективные (статистические) и субъективные (полученные на основе социологических опросов) данные.

В сфере здравоохранения накоплен определенный опыт проведения мониторинга.

Проблема создания системы мониторинга здоровья населения России впервые была поставлена на государственном уровне в 1993 г.

¹ Разработка организационного проекта проведения регулярного мониторинга социально-экономического развития города: Отчет о НИР. – Вологда: ВНКЦ ЦЭМИ РАН, 2002. – С. 9.

² Там же. – С. 9.

Указом Президента Российской Федерации от 23 апреля 1993 г. № 468 «О неотложных мерах по обеспечению здоровья населения Российской Федерации». Министерству здравоохранения и медицинской промышленности Российской Федерации, Российской академии медицинских наук, Государственному комитету санитарно-эпидемиологического надзора было поручено разработать и внедрить систему наблюдения и контроля (мониторинга) здоровья населения Российской Федерации (пункт 4б). В 1996 г. была разработана и утверждена концепция Государственной системы мониторинга здоровья населения России.

Главная цель создания системы мониторинга здоровья населения – организация на базе новых компьютерных технологий Государственной иерархической системы сбора, обработки, хранения и представления информации, обеспечивающей динамическую оценку общественного здоровья и информационную поддержку принятия решений, направленных на его улучшение.

Основными задачами Государственной системы мониторинга здоровья населения России являются:

- изучение тенденций динамики здоровья населения и влияющих на него факторов;
- выявление приоритетов в обеспечении санитарно-эпидемиологического благополучия, медицинских и социальных проблем охраны здоровья населения страны;
- выявление отдельных групп населения, оздоровление которых требует проведения специальных медицинских и социальных мероприятий;
- разработка обоснованных федеральных и региональных программ, направленных на улучшение здоровья населения;
- обеспечение информационной поддержкой законодательной инициативы органов управления здравоохранением, санитарно-эпидемиологического надзора, экологической и социальной защиты, по мерам первичной профилактики;
- прогнозирование и обоснование потребностей в ресурсах, необходимых для охраны здоровья населения;
- оптимизация структуры сети производственных, социальных и медицинских институтов общества.

В качестве основных функций мониторинга здоровья населения обозначены:

➤ обработка федеральной отраслевой и межотраслевой статистической информации о численности и составе населения, рождаемости, смертности, заболеваемости, инвалидизации, а также результатов выборочных исследований по медико-демографической проблематике;

➤ представление информации пользователям федерального, территориального, муниципального уровней и другим потребителям в соответствии с их компетенцией и комплексом решаемых задач;

➤ выдача рекомендаций абонентам системы мониторинга здоровья по вопросам организации сбора, первичной и аналитической обработки информации;

➤ обеспечение обмена (сопряжения) информацией между различными уровнями мониторинга;

➤ обеспечение задач принятия решений по воздействию на причины наблюдаемых закономерностей;

➤ обеспечение моделирования последствий принимаемых решений с учетом временных лагов и трендов;

➤ отслеживание расхождений между прогнозируемым и реальным развитием событий.

Разработка и внедрение системы позволяют:

❖ создать на основе распределенного медицинского регистра населения компьютерную технологию исследования тенденций общественного здоровья, используя методы потенциальной демографии и оценки влияния на него социальных, экологических и ресурсных факторов;

❖ создать единые межотраслевые стандарты медико-демографической информации;

❖ определить критерии деятельности служб и учреждений здравоохранения и обеспечить их непротиворечивость по уровням;

❖ усовершенствовать медицинскую статистику в соответствии с реформами здравоохранения и рекомендациями ВОЗ;

❖ реформировать информационную базу для совершенствования охраны здоровья;

❖ выделить актуальные для различных регионов страны проблемы охраны здоровья населения;

❖ создать инструмент медико-социального и экономического обоснования проектов межотраслевых, отраслевых и региональных программ охраны здоровья;

- ❖ разработать правовую основу и типовые системы информационной поддержки мониторинга;
- ❖ применить современные информационные технологии для моделирования процессов охраны здоровья населения ¹.

Данная концепция послужила основой для разработки и внедрения подобных систем мониторинга здоровья в ряде регионов России. В настоящий момент опыт проведения мониторинга имеется в Самарской, Ярославской, Омской областях, в г. Санкт-Петербурге и некоторых других субъектах РФ ². Во всех регионах осуществление мониторинга сопровождается созданием единой информационно-аналитической системы данных об общественном здоровье населения. Мониторинг обычно проводится по следующей схеме:

1. Мониторинг динамики медико-демографических процессов и прогнозирование тенденций на ближайшую перспективу.
2. Оценка состояния и динамики причин смертности населения (общей, по возрастной, в зависимости от причин смерти).
3. Мониторинг эффективности управленческих решений и оценка деятельности руководителей учреждений здравоохранения.

Для анализа воздействия экологических и социальных факторов естественной и искусственной сред обитания на здоровье населения (социальное благополучие, здоровый образ жизни, качество деятельности сети здравоохранения и санитарно-эпидемиологической службы и др.) применяется система социально-гигиенического мониторинга (СГМ). Она была введена Постановлением Правительства Российской Федерации «Об утверждении Положения о социально-гигиеническом мониторинге» от 06.10.1994 г. № 1146. В Положении о социально-гигиеническом мониторинге, утвержденном Постановлением Правительства РФ от 01.06.2000 г. №426, социально-гигиенический мониторинг определен как «государственная система наблюдения, анализа, оценки и прогноза состояния здоровья населения и среды обитания человека, а также определения причинно-следственных связей между состоянием здоровья населения и воздействием факторов среды обитания человека».

¹ Кольба А.Н. О создании государственной системы мониторинга здоровья населения России [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.depart.drugreg.ru/tacis/work/kolwork.htm>

² Информатизация и экономика здравоохранения регионов России: Материалы ежегодной Рос. науч.-практ. конф. «Реформы здравоохранения на региональном уровне». – М., 2001.

Мониторинг осуществляется в целях обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения и проводится на федеральном уровне, уровнях субъектов Российской Федерации и муниципальных образований. Предусматривалось поэтапное введение СГМ по мере его организационно-структурного оформления и функционального обеспечения на местном, региональном и федеральном уровнях.

В 1995 г. в Вологодской области было принято постановление главы администрации №491 «Об утверждении программы о социально-гигиеническом мониторинге», согласно которому задачами мониторинга на региональном уровне стали:

- выявление приоритетных социальных, санитарно-гигиенических проблем охраны здоровья населения;
- разработка обоснованных программ, направленных на снижение заболеваемости;
- обеспечение информационной поддержки органов управления¹.

Организация социально-гигиенического мониторинга в области проходила поэтапно. Первый этап (1994 – 1999 гг.) был преимущественно направлен на решение организационно-технических вопросов формирования системы, в том числе на создание отделов социально-гигиенического мониторинга в центрах ГСЭН, разработку программно-аппаратного комплекса»². На данном этапе была разработана концепция изучения влияния факторов окружающей среды на здоровье населения, разработаны и внедрены в практику общие системные подходы к организации социально-гигиенического мониторинга, определены соответствующие показатели (рис. 2.1).

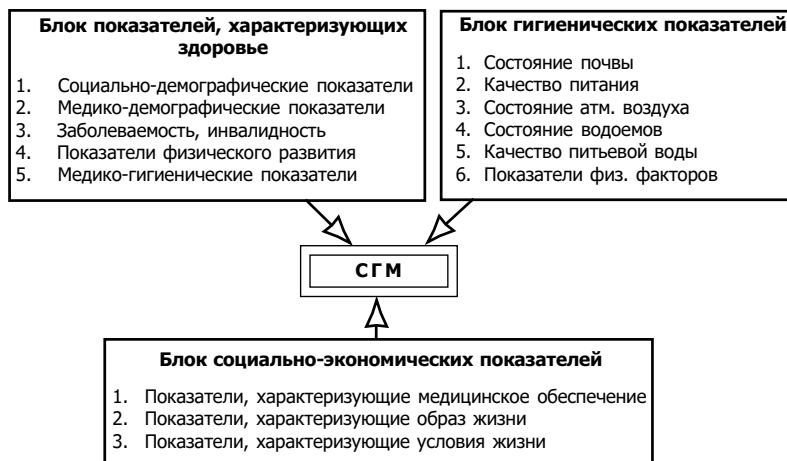
С 2000 г. проводится второй этап внедрения социально-гигиенического мониторинга. В соответствии с задачей этапа создания научно-методического обеспечения системы использовались методики расчета комплексных показателей по факторам окружающей среды и по заболеваемости.

Предполагается, что социально-гигиенический мониторинг позволит определить оптимальный размер и структуру затрат для управления санэпидемиологической обстановкой, уменьшить опасность действия вредного фактора среды обитания на здоровье человека с социальной, экономической и экологической точек зрения.

¹ О санитарно-эпидемиологической обстановке в Вологодской области в 2001 г.: Государственный доклад. – Вологда, 2002. – С. 142.

² Там же. – С. 141.

Рис. 2.1. Показатели социально-гигиенического мониторинга



Важную роль для анализа здравоохранительной политики играет и мониторинг экономических аспектов деятельности здравоохранения. В него входит, во-первых, оценка ресурсов (материальных, кадровых), исследование финансовых потоков, анализ расходов отрасли, во-вторых, анализ и оценка достигнутых результатов. Первоочередным в этом направлении является осуществление планирования, контроля и наблюдения (мониторинга) за реализацией территориальной Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на территории субъекта Федерации. Это ежегодный план, в котором определяется перечень заболеваний, видов, объемов, условий предоставления и финансирования медицинской помощи, оказываемой населению за счет государственных и страховых средств.

Целью разработки территориальной программы является:

- создание единого механизма реализации конституционных прав граждан Российской Федерации на получение бесплатной медицинской помощи гарантированного объема и качества за счет всех источников финансирования;
- обеспечение сбалансированности обязательств государства по предоставлению населению бесплатной медицинской помощи и выделяемых для этого финансовых средств;
- повышение эффективности использования ресурсов здравоохранения.

Мониторинг реализации территориальной программы государственных гарантий осуществляется путем составления отчета по форме №62 «Сведения о реализации Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи». Отчет составляется органами управления здравоохранения субъекта РФ (в Вологодской области – планово-экономическим отделом департамента здравоохранения) ежегодно (до 1 марта следующего за отчетным года).

В отчете содержится следующая информация:

- Перечень учреждений, участвующих в реализации территориальной программы государственных гарантий (по уровню управления и источникам финансирования).
- Показатели объема медицинской помощи (расчетные, утвержденные и фактические) и источники финансирования (отдельно по видам медицинской помощи, в том числе по каждому учреждению здравоохранения и в разрезе муниципальных образований).
- Финансирование целевых программ (по источникам финансирования).
- Объем платной медицинской помощи (в том числе по системе добровольного медицинского страхования и источникам их финансирования – по видам медицинской помощи).

Полученные данные позволяют провести сопоставительный анализ запланированных и фактически сложившихся затрат на медицинскую помощь в расчете на один койко-день, одно посещение, один вызов скорой медицинской помощи по группам затрат, в том числе по каждому учреждению здравоохранения и в разрезе муниципальных образований. В результате, с одной стороны, выявляются расхождения (дефицит или избыток) по отдельным группам показателей, что необходимо для максимальной сбалансированности потребностей и возможностей в финансировании территориальной программы. С другой стороны, обнаруживаются зоны неэффективного использования ресурсов, которые служат основой для реструктуризации сети учреждений здравоохранения региона.

Тесная взаимосвязь характеристик общественного здоровья, социально-гигиенических факторов и деятельности здравоохранения вызывает необходимость объединения этих показателей в рамках единого мониторинга. Организация системы мониторинга регионального здравоохранения необходима также и потому, что в условиях

функционирования медицинских учреждений в рамках БОР планирование и оценка деятельности становятся доминирующими принципами финансирования. И в первую очередь для формирования такой системы необходимо создать единый информационно-аналитический центр, аккумулирующий всю информацию о здоровье населения, окружающей среде и деятельности сектора здравоохранения. Это позволит улучшить оперативный доступ к информационным ресурсам, таким образом обеспечив оптимальные условия для развития информатизации системы охраны и укрепления здоровья.

В связи с этим в Вологодской области была разработана и внедрена целевая программа «Комплексная информатизация системы здравоохранения Вологодской области в 2001 – 2002 годах». Она предусматривает создание единой базы данных и единого информационного пространства для решения задач управления развитием здравоохранения и системы ОМС в области. Вся информация о текущей деятельности 95 лечебно-профилактических учреждений будет поступать в Медицинский информационно-аналитический центр при департаменте здравоохранения. В состав интегрированного программного обеспечения входят базовые модули:

- мониторинг здоровья населения области;
- поддержка системы сертификации и паспортизации ЛПУ;
- расчет территориальной программы государственных гарантий;
- ведение единого регистра населения;
- статистика и счета-фактуры ЛПУ;
- анализ счетов-фактур;
- информационный обмен с другими регионами и организациями федерального уровня ¹.

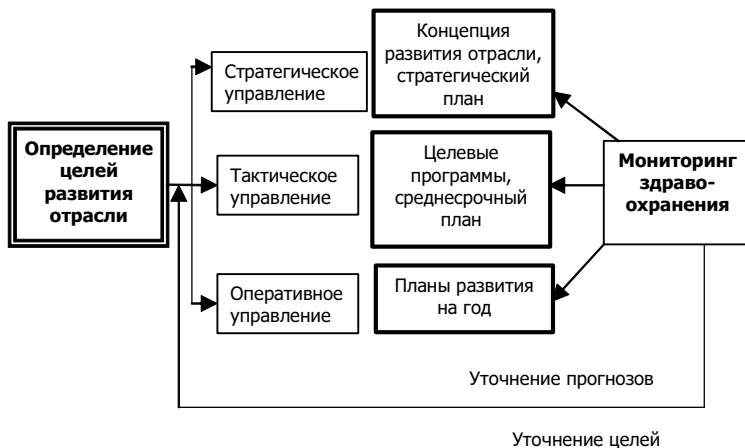
Роль системы непрерывного мониторинга в стратегическом управлении здравоохранением показана на схеме (рис. 2.2). «Для планировщиков, управленцев и финансовых работников она служит «системой раннего предупреждения» и помогает им избежать ошибок за счет принятия корректирующих мер в процессе реализации» ².

Мониторинг здравоохранения предполагает постоянное наблюдение за определенными медико-демографическими параметрами,

¹ Юдин Б.А. Проблемы управления здравоохранением [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.medcore2000.ru/content.asp?id=30>

² Совершенствование управления здравоохранения. – М., 2000. – С. 305.

Рис. 2.2. Общая схема управления развитием сферы здравоохранения на региональном уровне



а также за деятельностью здравоохранительной системы, позволяющее отслеживать изменения в состоянии здоровья населения области и строить соответствующие прогнозы, принимать решения и оценивать степень их выполнения на различных уровнях. Главная цель мониторинга состоит в том, чтобы обеспечить информационную базу системы управления объектом, в частности систему оценки его деятельности, в непрерывной динамике¹.

Организационная структура мониторинга здравоохранения, на наш взгляд, может состоять из трех следующих основных блоков:

- 1) мониторинг состояния здоровья населения;
- 2) мониторинг деятельности системы здравоохранения;
- 3) мониторинг среды обитания человека (рис. 2.3).

Важную роль играет выбор индикаторов (индикативных показателей), характеризующих состояние и развитие системы здравоохранения региона (прил. 6). При выборе показателей необходимо проанализировать:

➤ адекватность показателей стратегическим задачам, приоритетным направлениям и конкретным мероприятиям;

¹ Кудрин В.С. Мониторинг медицинской деятельности в системе ее комплексной оценки // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2001. – №2. – С. 27.

Рис. 2.3. Организационная структура мониторинга системы здравоохранения



- существующие показатели и показатели, применение которых необходимо в соответствии с нормативными требованиями (следует избегать сбора дополнительных категорий данных);
- показатели, используемые в других странах;
- издержки на сбор данных в соотношении с пользой от данного показателя для принятия управленческих решений;
- затраты времени на разработку и утверждение новых показателей;
- доступные источники данных и информации;
- необходимость установления промежуточных целевых значений по каждому показателю;
- доступность сравнительной информации¹.

¹ Совершенствование управления здравоохранения. – М., 2000. – С. 307.

В соответствии со структурой мониторинга первичные показатели, характеризующие деятельность системы охраны и укрепления здоровья, входят в три блока:

1. Показатели здоровья населения.
2. Показатели деятельности отрасли здравоохранения.
3. Показатели, характеризующие среду обитания человека (рис. 2.4).

Рис. 2.4. Структура показателей мониторинга системы здравоохранения



Рассмотрим более подробно экономический блок мониторинга системы здравоохранения. В него входит анализ расходов отрасли и оценка достигнутых результатов. Экономический блок составляют следующие показатели (прил. 13)¹:

I. Параметры «входа»

1. Показатели *состояния сферы здравоохранения*:

- обеспеченность населения врачами основных специальностей, в расчете на 10 тыс. населения;
- обеспеченность населения средним медицинским персоналом по отдельным специальностям, в расчете на 10 тыс. населения;
- обеспеченность населения больничными койками всего и по профилю, в расчете на 10 тыс. населения;
- число врачебных амбулаторно-поликлинических учреждений.

2. Показатели *финансовой деятельности*:

- суммарное количество средств, выделенных на капитальное строительство и техническое перевооружение учреждений здравоохранения;
 - общие затраты на стационарное медицинское обслуживание, по районам и в целом, доля (в %) средств, выделенных из общего бюджета субъекта, муниципального образования на здравоохранение;
 - источники финансирования стационаров (средства бюджета, ОМС, ДМС, платных услуг), по районам и в целом;
 - стоимость койко-дня в стационаре всего, в том числе по кодам экономической классификации, по районам и в целом;
 - общие затраты на поликлиническое обслуживание населения, по районам и в целом;
 - источники финансирования поликлиники (средства бюджета, ОМС, ДМС, платных услуг), по районам и в целом;
 - стоимость одного посещения в поликлинике всего, в том числе по кодам экономической классификации, по районам и в целом;
 - общие затраты на стационарное медицинское обслуживание по типам дневных стационаров (дневной стационар при больнице, при поликлинике, на дому), по районам и в целом;
 - источники финансирования дневных стационаров (средства бюджета, ОМС, ДМС, платных услуг), по районам и в целом;

¹ Все показатели разработаны и предоставлены специалистами ГУЗ ВО «Медицинский информационно-аналитический центр» и Департамента здравоохранения Вологодской области А.И. Попугаевым, Б.Д. Гусевым, Р.В. Петуховым.

- стоимость одного дня пребывания в дневном стационаре, всего, в том числе по кодам экономической классификации, по районам и в целом;

- общие затраты на скорую медицинскую помощь, по районам и в целом;

- источники финансирования скорой медицинской помощи (средства бюджета, ДМС, платных услуг), по районам и в целом;

- стоимость одного вызова, всего, в том числе по кодам экономической классификации, по районам и в целом;

- выделено средств на один фельдшерско-акушерский пункт (ФАП), по районам и в целом;

- источники финансирования ФАП (средства бюджета, ДМС, платных услуг), по районам и в целом;

- финансирование прочих учреждений здравоохранения, всего, по районам и в целом;

- источники финансирования прочих учреждений здравоохранения (средства бюджета, ДМС, платных услуг), по районам и в целом;

- финансирование целевых программ (по названию программы) субъекта Российской Федерации, утверждено, фактически, процент исполнения;

- финансирование целевых программ (по названию программы) федеральных, утверждено, фактически, процент исполнения;

- финансирование по учреждениям здравоохранения, всего (утверждено с уточнениями и дополнениями), по кодам экономической классификации и фактическое;

- подушевое количество выделенных средств (территориально), по районам и в целом.

II. Параметры «выхода»

1. Показатели *качества медицинской помощи*, свидетельствующие об эффективности деятельности здравоохранения:

- исходы лечения (выздоровление, улучшение, ухудшение, без перемен), в %, среди детей и подростков, лиц трудоспособного возраста и пожилых;

- частота совпадения диагноза при первом посещении и заключительного у детей, лиц трудоспособного возраста и пожилых;

- доля случаев поликлинического обслуживания, выполненного с профилактической целью у детей, лиц трудоспособного возраста и пожилых;

- частота осложнений, в том числе при анестезии и хирургических операциях;

• частота совпадения диагноза направившего учреждения и клинического заключительного диагноза стационара в зависимости от характера заболевания у детей, лиц трудоспособного возраста и пожилых;

- больничная летальность, всего, в т. ч. послеоперационная;
- летальность при различных сроках доставки экстренных больных;
- доля доставленных в стационар по экстренным показаниям через 6 часов, 24 часа и позже суток;
- доля повторных поступлений в стационар по поводу одного заболевания;
- экстренность госпитализации в зависимости от источника направления;
- частота совпадения клинического и патологоанатомического диагнозов в стационаре;

• число лиц, пролеченных в дневных стационарах;

• внедрение новых (малоинвазивных и др.) технологий при лечении больных, доля учреждений в процентах.

2. Показатели *доступности медицинской помощи*:

- мощность врачебных амбулаторно-поликлинических учреждений (посещений в смену), в расчете на 10 тыс. населения;
- количество вызовов и число обслуженных службой скорой помощи лиц, в расчете на 1 тыс. населения, в год;
- численность лиц, которым оказана помощь амбулаторно и при выездах, в расчете на 10 тыс. населения;
- наличие обоснованных жалоб и судебных исков к ЛПУ по поводу качества медицинской помощи, абсолютное.

Для анализа эффективности системы здравоохранения требуется сбор и анализ указанных параметров «входа» и «выхода», а также их сопоставление на предмет нахождения зависимости. Опыт осуществления такой методики в Вологодской области уже имеется (его основные результаты представлены в следующем разделе).

Таким образом, поскольку принципы БОР предполагают ориентацию сферы здравоохранения на планирование деятельности в течение 3 – 5 лет, это обуславливает необходимость разработки системы плановых индикаторов, адекватно отражающих результативность деятельности медицинских учреждений и уровень здоровья населения. Для сбора соответствующей информации надо создать систему непрерывного мониторинга, позволяющего своевременно вносить коррективы в функционирование отрасли.

2.3. Некоторые результаты мониторинга здравоохранения Вологодской области

В Вологодской области мониторинг системы здравоохранения осуществляется с 2000 г. За этот период накоплен достаточный опыт для оценки динамики показателей здоровья населения и эффективности функционирования медицинских учреждений. Актуальность исследуемой методики в рамках бюджетирования, ориентированного на результат, была рассмотрена выше. В данном разделе будут представлены основные выводы, которые были сделаны в ходе мониторинга региональной системы здравоохранения и используются в настоящее время при принятии управленческих решений по охране и укреплению здоровья населения.

Анализ эффективности деятельности здравоохранения следует начинать с оценки потребности населения в медицинских услугах. Она характеризуется прежде всего показателями заболеваемости, болезненности и диспансеризации, смертности и инвалидизации населения. Кроме того, определенное влияние на спрос на услуги здравоохранения оказывают и другие демографические показатели (рождаемость, половозрастная структура населения и т.д.).

В последние годы демографическая ситуация в области, как и в стране в целом, не претерпела существенных изменений. Продолжается снижение численности населения, которая за прошедшие десять лет сократилась примерно на 65 тыс. чел. и на начало 2005 г. составила 1245 тыс. чел.

Настораживает тенденция роста показателей убыли населения, возобновившаяся в 2000 г. Данный показатель в 2004 г. достигал 8,4 чел. на 1 тыс. населения (табл. 2.3), что значительно выше общероссийского уровня (для сравнения: естественная убыль населения в целом по Российской Федерации в 2004 г. составляла 6,5; по Северо-Западному федеральному округу – 8,2 чел. на 1 тыс. населения).

Таблица 2.3. Основные показатели естественного движения населения
Вологодской области (на 1000 чел. населения)

Показатель	1998 г.	1999 г.	2000 г.	2001 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.	В % к 1998 г.	В % к 2003 г.
Число родившихся	8,2	7,9	8,6	9,2	9,9	10,4	10,7	130	103
Число умерших	14,4	15,8	15,7	17,1	18,1	19,8	19,1	133	96
Естественный прирост (убыль)	-6,2	-7,9	-7,1	-7,9	-8,2	-8,2	-8,4	135	102

Источник: Основные показатели деятельности учреждений здравоохранения Вологодской области: Демографический ежегодник. – Вологда, 2005.

Среди муниципальных образований области наиболее высокие показатели убыли за последние 3 года были отмечены в Устюженском, Чагодощенском (в среднем 16 – 19 чел. на 1000 населения), Сокольском, Бабаевском, Усть-Кубинском, Вашкинском, Харовском, Вожегодском, Белозерском (13 – 15) районах. Традиционно лучше ситуация обстоит в Вологде и Череповце (4 – 6 чел. на 1000 населения), Верховажском, Вологодском, Тарногском (6 – 8) районах.

Причинами роста естественной убыли населения являются сохранение невысокого уровня рождаемости и рост смертности. Несмотря на повышение рождаемости на 30% по сравнению с 1998 г., ее уровень остается довольно низким. В то же время смертность увеличивается опережающими темпами (в период с 1998 по 2004 г. произошел рост на 33%; табл. 2.4).

Таблица 2.4. Смертность по классам основных причин смерти населения Вологодской области (число умерших на 100 тыс. чел.)

Причины смерти	1998 г.	1999 г.	2000 г.	2001 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.	В % к 1998 г.	В % к 2003 г.
Всего	1 439	1 579	1 570	1 706	1 809	1 977	1 915	133	97
Инфекц. и паразит. болезни	6,3	9,5	10,9	12,4	13,8	17,8	14,8	235	83
Психические расстройства	1,3	3,8	4,1	4,8	5,5	7,3	5,4	415	74
Болезни системы кровообращения	869	922	896	967	1 035	1 094	1 046	120	96
Органов пищеварения	31,7	40,7	47,8	58,7	73,2	96,5	119,1	376	123
Несчастные случаи, отравления и травмы	185	221	230	258	266	298	292	158	98
Новообразования	202	218	206	208	203	222	210,7	104	95

Источник: Основные показатели деятельности учреждений здравоохранения Вологодской области. – Вологда, издания 1999 – 2005 г.

Структура причин смертности практически не изменилась: основной причиной, по данным за 2004 г., являются заболевания системы кровообращения (55%), далее следуют несчастные случаи, травмы и отравления (15%), на третьем месте – новообразования (11%). Следует обратить внимание на динамику роста смертности от болезней органов пищеварения. Значение этого показателя по сравнению с 1998 г. возросло в 3,8 раза, а по отношению к 2003 г. – на 23%.

Наиболее важными показателями, характеризующими потребность населения в медицинской помощи, служат уровень заболеваемости и болезненности населения.

За последние пять лет уровень заболеваемости несколько увеличился, причем в Вологодской области он значительно выше, чем в России и в Северо-Западном федеральном округе (табл. 2.5). Судя по приведенным данным, заболеваемость практически всеми группами болезней возросла, исключая следующие: инфекционные и паразитарные (их уровень снизился на 7%), болезни крови и кровеносной системы (на 4%), психические расстройства (на 14%), травмы и отравления (на 4%). А значительное увеличение заболеваемости наблюдается в таких группах, как осложнение беременности и родов (на 59%), заболевания мочеполовой системы (на 42%) и заболевания органов кровообращения (на 30%).

Таблица 2.5. Заболеваемость населения Вологодской области по основным группам болезней (на 1000 чел. населения)

Группы болезней	1998 г.	1999 г.	2000 г.	2001 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.	В % к 1998	В % к 2003
Всего по Вологодской области	841,9	795	837	817	809	788	801,3	95	102
В том числе по группам болезней:									
инфекционные и паразитарные	44,3	50	53,8	47,6	47	41	41	93	100
новообразования	6,9	6,8	7,5	7,5	7,2	7	7,8	113	111
эндокринной системы	8,4	10,4	9,7	8,4	8,5	8,4	10,1	120	120
крови и кровеносной системы	5,2	5,3	5,5	5,2	5,1	4,8	5	96	104
психические расстройства	8,1	7,7	8,2	6,1	6,3	7,1	7	86	99
органов кровообращения	15,2	17,3	18,2	18,8	17,5	18,2	19,8	130	109
органов дыхания	347,1	385	406	394	385	380	366	105	96
органов пищеварения	22,9	23,7	24,4	23,9	23,1	23,3	24,3	106	104
мочеполовой системы	26,4	27,4	29,2	32,3	30,6	31,8	37,5	142	118
осложнения беременности и родов	31	38,3	43,4	47,6	51,9	49,2	49,3	159	100
кожи и подкожной клетчатки	46,9	45,5	48,7	52,5	52,7	50	54	115	108
костно-мышечной системы	33	31,7	32,5	33,1	32,9	32,6	34	103	104
травмы и отравления	86,7	87,1	83,1	79,6	83,7	82,9	83,5	96	101
Справочно:									
РФ	670,4	710	736	726	745	749	745	111,1	99,5
СЗФО	696	736	754	737	742	749	747	107,3	99,7

Источник: Основные показатели деятельности учреждений здравоохранения Вологодской области. – Вологда, издания 1999 – 2005 гг.

По данным анализа, уровень болезненности населения ежегодно увеличивается (табл. 2.6). В период с 1998 по 2004 г. показатели болезненности выросли в целом на 16%. При этом некоторое их снижение было зафиксировано только по классам инфекционных и паразитарных болезней (на 2%), а также травм и отравлений (на 6%).

Напротив, существенный рост уровня болезненности был отмечен по классам болезней органов кровообращения (на 59%), осложненной беременности и родов (на 51%), болезней эндокринной (40%) и мочеполовой (32%) систем.

Наиболее высокие показатели болезненности наблюдаются в Сокольском, Междуреченском и Белозерском районах (более 1400 случаев на 1 тыс. населения).

Таблица 2.6. Болезненность населения Вологодской области по основным группам болезней (на 1000 чел. населения)

Классы болезней	1998 г.	1999 г.	2000 г.	2001 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.	В % к 1998	В % к 2003
Всего	1183	1256	1318	1324	1329	1330	1376	116	103
В том числе по группам болезней:									
инфекционные и паразитарные	56	61	65	59	60	55	55	98	100
новообразования	23	23	24	24	24	25	27	117	108
эндокринной системы	30	34	36	36	36	37	42	140	114
крови и кровеносной системы	13	14	15	15	15	14,4	14,4	111	100
психические расстройства	44	45	42	40	43	47,3	46,5	106	98
органов кровообращения	94	104	113	120	122	132	149	159	113
органов дыхания	378	418	437	428	421	417	402	106	96
органов пищеварения	70	73	77	80	79	78	80	114	103
мочеполовой системы	56	58	62	68	67	69	74	132	107
осложнения беременности и родов	37	44	49	52	57	54	56	151	104
кожи и подкожной клетчатки	57	55	58	69	65	64	65	114	102
костно-мышечной системы	84	82	93	92	92	91	97	115	107
травмы и отравления	89	89	84	80	84	83	84	94	101

Источник: Основные показатели деятельности учреждений здравоохранения Вологодской области. – Вологда, издания 1999 – 2005 гг.

Для более полной характеристики медико-демографической ситуации в области следует дать анализ соответствующих показателей на уровне муниципальных образований. С этой целью проведем ранжирование районов по следующим индикаторам:

- смертность в расчете на 100 тыс. чел.;
- заболеваемость в расчете на 100 тыс. чел.;
- болезненность в расчете на 1 тыс. чел.;
- первичный выход на инвалидность;
- число лиц, состоящих на диспансерном наблюдении.

Ранжирование представляет собой распределение районов в соответствии с рейтинговыми оценками достижения отдельных показателей или групп показателей.

В таблице 2.7 представлено ранжирование территорий области по медико-демографическим показателям за 2004 г., причем чем лучше значение показателя (выше уровень здоровья населения), тем меньше рейтинговый балл. Наихудшее состояние здоровья населения в последние годы наблюдалось в Междуреченском, Бабаевском, Усть-Кубинском и Сокольском районах.

Таблица 2.7. Ранжирование муниципальных образований Вологодской области по медико-демографическим показателям в 2004 году

Территории	Смертность (в расчете на 100 тыс. человек)	Заболеваемость (в расчете на 100 тыс. чел.)	Болезненность (в расчете на 1000 чел.)	Первичный выход на инвалидность	Число лиц, стоящих на диспансерном наблюдении	Средний рейтинг
Вологодский р-н	4	1	3	12	2	4
Бабушкинский р-н	12	4	2	5	3	5
Нюксенский р-н	5	6	6	3	11	6
Шекснинский р-н	3	7	7	1	14	6
Грязовецкий р-н	10	17	5	8	1	8
г. Череповец	1	15	13	2	10	8
Верховажский р-н	8	3	4	24	5	9
Никольский р-н	20	2	1	13	12	10
Череповецкий р-н	24	5	8	6	7	10
г. Вологда	2	20	22	10	4	12
Тотемский р-н	7	10	18	11	19	13
Кичм.-Городецкий р-н	14	12	19	17	9	14
Сямженский р-н	14	16	11	7	28	15
Кадуйский р-н	10	23	12	4	26	15
Вытегорский р-н	22	9	10	27	8	15
Кирилловский р-н	17	11	9	25	16	16
Вашкинский р-н	25	14	14	14	20	17
Тарногский р-н	6	18	21	23	17	17
Харовский р-н	18	24	23	18	6	18
Вожегодский р-н	19	25	17	20	13	19
Устюженский р-н	28	8	20	22	22	20
Белозерский р-н	16	21	25	16	23	20
Чагодощенский р-н	27	19	16	21	15	20
Великоустюгский р-н	13	22	24	24	21	21
Сокольский р-н	23	28	28	9	18	21
Бабаевский р-н	26	13	15	28	27	22
Междуреченский р-н	9	26	27	26	25	23
Усть-Кубинский р-н	20	27	26	26	24	25

В таблице 2.8 представлено ранжирование территорий по показателям кадрового обеспечения медицинских учреждений. Районы с большей обеспеченностью занимают первые места в таблице

рейтинга. Исходя из полученных рейтингов был рассчитан средний рейтинг каждого района. В 2004 г. наилучшая ситуация наблюдалась в Великоустюгском и Тарногском районах.

Таблица 2.8. Ранжирование муниципальных образований Вологодской области по показателям мощности медицинских учреждений в 2004 году

Территории	Обеспеченность врачами на 10 тыс. чел.	Обеспеченность ср. мед. персоналом на 10 тыс. чел.	Укомплектованность врачами	Укомплектованность средним мед. персоналом	Средний рейтинг
Тарногский р-н	9	3	2	1	4
Великоустюгский р-н	2	1	12	9	6
Вожегодский р-н	14	18	4	4	10
Вытегорский р-н	17	17	1	5	10
Бабаевский р-н	5	10	13	12	10
Кадуйский р-н	7	20	5	10	11
Вашкинский р-н	20	2	20	6	12
Харовский р-н	9	20	3	15	12
Кичм.-Городецкий р-н	20	8	17	7	13
Сокольский р-н	4	12	10	25	13
Тотемский р-н	13	16	7	17	13
г. Вологда	1	4	20	28	13
Кирилловский р-н	8	19	8	22	14
Устюженский р-н	9	24	6	18	14
Верховажский р-н	24	22	11	2	15
Усть-Кубинский р-н	16	6	19	19	15
Чагодощенский р-н	6	14	18	21	15
Белозерский р-н	12	11	22	13	15
Шекнинский р-н	15	23	14	11	16
г. Череповец	3	25	15	26	17
Бабушкинский р-н	26	15	23	8	18
Грязовецкий р-н	25	26	8	14	18
Сямженский р-н	23	5	26	16	18
Междуреченский р-н	17	13	24	23	19
Нюксенский р-н	19	9	28	20	19
Череповецкий р-н	22	27	16	27	23
Вологодский р-н	27	28	25	24	26

То, насколько эффективной оказалась работа медицинских учреждений, можно оценить путем сопоставления показателей их мощности с медико-демографическими показателями. В соответствии с полученным средним рейтингом сгруппируем районы Вологодской области по мощности медицинских учреждений: районы с рейтингом от 1 до 14 попадут в первую группу, а с рейтингом от 15 до 28 – во вторую. Для первой группы характерна высокая мощность

медицинских учреждений, для второй – низкая. Аналогичная группировка проводится по медико-демографическим показателям, причем первой группе соответствуют высокие показатели здоровья, второй – низкие. По полученным группировкам составим матрицу пересечений показателей мощности медучреждений с медико-демографическими показателями.

В результате сопоставления двух блоков показателей получаем 4 группы районов (табл. 2.9).

Таблица 2.9. Рейтинги эффективности работы медицинских учреждений Вологодской области в разрезе муниципальных образований

		Показатели здоровья населения (спрос на мед. услуги)	
		высокие	низкие
Мощность медицинских учреждений	высокая	1 Грязовецкий р-н Кичменгско-Городецкий р-н Тотемский р-н г. Череповец	2 Бабаевский р-н Вашкинский р-н Великоустюгский р-н Вожегодский р-н Вытегорский р-н Кадуйский р-н Кирилловский р-н Сокольский р-н Тарногский р-н Устюженский р-н Харовский р-н
	низкая	3 Бабушкинский р-н Великоустюгский р-н Вологодский р-н Грязовецкий р-н Никольский р-н Нюксенский р-н Шекснинский р-н г. Вологда	4 Белозерский р-н Междуреченский р-н Сямженский р-н Усть-Кубинский р-н Чагодощенский р-н

Первой группе соответствуют районы с высокой мощностью медучреждений и высоким уровнем здоровья. Благодаря высокой мощности медицинских учреждений обеспечивается высокий уровень здоровья населения.

Во вторую группу входят районы с высокой мощностью медучреждений и низкими медико-демографическими показателями, что говорит о неэффективной работе медучреждений.

Муниципальные образования, входящие **в третью группу**, имеют низкую мощность медучреждений и высокие медико-демографические показатели. То есть, несмотря на то, что в районах, входящих

в данную группу, невысокие показатели обеспеченности и укомплектованности врачами и средним медицинским персоналом, они имеют достаточно высокие показатели здоровья населения. Однако показатели «нездоровья» населения могут быть завышены за счет их недоучета.

Четвертая группа включает районы с низкой мощностью медицинских учреждений и низкими показателями здоровья населения. Это свидетельствует о неэффективной работе медицинских учреждений. Т.е. низкие показатели здоровья населения в данных районах вызваны нехваткой врачей соответствующей квалификации и среднего медицинского персонала.

Таким образом, использование непрерывного мониторинга в сфере здравоохранения позволяет выявить негативные тенденции в состоянии здоровья населения и функционирования медицинских учреждений. Эти данные, в свою очередь, дают возможность более рационально распределять финансовые ресурсы и использовать их в соответствии с задачами системы здравоохранения.

В то же время необходимо отметить, что мониторинг здравоохранения затрагивает в основном результаты деятельности медицинских учреждений. Вместе с тем на управленческом уровне одной из первоочередных задач внедрения принципов БОР является также решение экономических вопросов, поэтому требуется более глубокий анализ финансовых аспектов функционирования отрасли здравоохранения.

ГЛАВА 3

ПРИМЕНЕНИЕ ФИНАНСОВОГО МАКРОАНАЛИЗА ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

3.1. Методики оценки эффективности расходов на здравоохранение на региональном и муниципальном уровнях

Благосостояние того или иного государства в будущем всегда зависит от возможности правительства обеспечить развитие и функционирование всеобщей и общедоступной системы здравоохранения. В основе определения актуальных стратегических и текущих направлений такого развития, особенно в условиях ограниченности выделяемых ресурсов, должно находиться обоснованное установление приоритетов. Определение приоритетов в сфере здравоохранения – это задача не только политиков, представителей различных социально-профессиональных групп (медиков, эпидемиологов, экономистов, представителей средств массовой информации). Так, анализируя картины смертности и заболеваемости, медики-эпидемиологи вносят свой вклад в процесс принятия решений посредством выявления таких заболеваний, которые по своей распространенности и последствиям (неоправданной инвалидности, преждевременной и предотвратимой смертности) приводят общество к наибольшим социальным и экономическим потерям. Задача экономистов и органов управления здравоохранением – *сопоставление эффективности различных вариантов решений по развитию отрасли с точки зрения требуемых затрат и результатов*. На текущие и долгосрочные приоритеты сильное влияние оказывает целый ряд факторов, включая бюджетные ограничения, спрос на услуги и политическое давление. Представители средств массовой информации и общественные организации разъясняют населению основные элементы государственной и региональной политики и способствуют организации общественного контроля над развитием отрасли.

Основная общественно значимая цель, которая стоит перед здравоохранением России, определена Министерством здравоохранения и социального развития при подготовке доклада на Правительственной комиссии по повышению результативности бюджетных расходов под руководством *А.Д. Жукова* в 2005 году «Повышение доступности и качества медицинской помощи, обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия»¹. Данная стратегическая цель направлена на сохранение и укрепление состояния здоровья населения, улучшение качества среды его обитания, создание благоприятных условий его жизнедеятельности, что приведет к увеличению продолжительности жизни людей за счет улучшения качества жизни, к увеличению продолжительности здоровой (активной) жизни путем сокращения заболеваемости и травматизма, к сохранению и укреплению здоровья женщин и детей, снижению младенческой смертности. Роль системы здравоохранения также заключается в увеличении лет жизни лиц, страдающих хронической патологией (сахарный диабет, онкологические заболевания, хронические болезни почек и др.). Следует отметить, что сформулирована данная стратегическая цель весьма широко и она не может быть достигнута благодаря усилиям только Министерства здравоохранения. Для ее достижения необходимы усилия органов власти субъектов РФ и органов местного самоуправления.

Одним из приоритетов деятельности органов здравоохранения Вологодской области является укрепление здоровья граждан, улучшение их социального положения, обеспечение положительной динамики в демографическом процессе региона. Соблюдение прав граждан на бесплатную квалифицированную и качественную медицинскую помощь – одна из главных задач деятельности здравоохранения Вологодской области.

Основные направления развития здравоохранения области определены в соответствии с задачами Стратегического плана «Охрана и укрепление здоровья населения Вологодской области» и концепции «Здоровье-21». Главные цели, обозначенные в этих документах, – улучшение демографической ситуации, достижение положительной динамики состояния здоровья граждан, повышение доступности и качества медицинской помощи населению.

¹ Доклад о результатах и основных направлениях деятельности Минздравсоцразвития России на 2006 год и на период до 2008 года [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.mzsrff.ru>

Системой здравоохранения накоплен определенный опыт, позволяющий при поддержке государства внедрять принципы бюджетирования, ориентированного на результат, в повседневную практику управления, планирования и финансирования отрасли. В рамках БОР финансирование здравоохранения рассматривается как процесс, в котором ресурсы используются для получения результата, связанного с улучшением состояния здоровья и продлением жизни населения. Поэтому необходимой составной частью является оценка результативности организации медицинской помощи (отраслевой уровень) и результативности лечения и профилактики болезней (уровень учреждений здравоохранения), которая должна определить, приводит ли изменение условий финансирования к желаемым результатам.

В задаче 3.17 концепции «Вологодская область – Здоровье-21: долгосрочная политика охраны и укрепления здоровья населения Вологодской области» отмечено: «Необходимо обосновать увеличение инвестиций в деятельность по охране и укреплению здоровья населения на основании анализа затрат на профилактику, лечение и реабилитацию»¹. Одним из методов обоснования увеличения объемов инвестиций в здравоохранение региона и контроля над использованием финансовых средств является финансовый макроанализ, составляющий базу настоящего исследования.

Цель финансового макроанализа – научное объяснение приоритетов реформирования и финансирования регионального здравоохранения на базе комплексного социально-гигиенического изучения эффективности финансовых затрат по оказанию медицинской помощи населению.

Финансовый макроанализ включает в себя три блока: анализ затрат, анализ социальных потерь и собственно финансовый макроанализ, осуществляемый при помощи технического индекса «стоимость-эффективность».

Если для традиционных методов финансового анализа в здравоохранении используются чаще всего абсолютные показатели, такие, как стоимость одного посещения, одного койко-дня и т.п.,

¹ Концепция «Вологодская область – Здоровье-21: долгосрочная политика охраны и укрепления здоровья населения Вологодской области». – Вологда, 2000. – С. 20.

то для оценки деятельности системы охраны здоровья в конкретном муниципальном образовании более важным является анализ затрат на душу населения.

Оценка затрат, оценка результативности, сопоставление затрат и результативности представляет собой, так называемый, *частичный анализ*. *Полный анализ* предполагает определение, измерение и сопоставление затрат и результатов по двум или нескольким вариантам, дающие информацию квалифицированному пользователю для принятия решения.

Оценка эффективности в здравоохранении может быть условно разделена на три уровня:

- *Общественно значимая или социальная эффективность* (характеризуется показателями общественного здоровья – смертностью от управляемых причин, первичным выходом на инвалидность, временной нетрудоспособностью по болезни и пр.). Оценка проводится на популяционном уровне исполнительной и законодательной властью с участием общественных организаций и населения.

- *Структурная эффективность* (характеризуется показателями Программы госгарантий по видам медицинской помощи – скорой, стационарной, амбулаторно-поликлинической, стационарзамещающей). Оценка проводится на уровне отрасли здравоохранения муниципального образования или региона в целом органами управления здравоохранением.

- *Медико-экономическая эффективность* (характеризуется показателями достижения результата в лечении тех или иных заболеваний при применении различных методов и схем лечения). Оценка проводится на уровне учреждений здравоохранения органами управления учреждений.

На каждом из уровней может быть использован один из четырех применяемых в практике методов полного экономического анализа:

- метод «минимизации затрат»;
- метод «затраты – результативность»;
- метод «затраты – выгода»;
- метод «затраты – полезность».

1. Метод «минимизации затрат»

Данный метод сводит принятие решения к простому выбору наиболее дешевого варианта. Он не ограничивается лишь оценкой затрат. Для формирования квалифицированного мнения о преиму-

шестве того или иного варианта необходимо быть уверенным в том, что различий в результатах вариантов нет или эти различия несущественны.

На популяционном уровне этот метод в здравоохранении практически не применяется в связи с трудностью достижения общественного согласия по вопросу минимизации инвестиций в сферу здравоохранения.

На отраслевом уровне примером применения данного метода в здравоохранении может быть региональная программа внедрения стационарзамещающих технологий вместо дорогостоящего стационарного лечения. Но при этом сокращение количества коек и перераспределение ресурсов в дневные стационары в любом случае не должно привести к ухудшению показателей здоровья населения по сравнению с базовым вариантом – состоянием этих показателей до начала реструктуризации системы. Так, стоимость одного койко-дня в стационаре в среднем в 3 – 4 раза дороже, чем стоимость одного дня пребывания в дневном стационаре. Но лечение в дневном стационаре должно быть назначено тогда, когда оно замещает аналогичный набор простых медицинских услуг или повторяет стандартную медицинскую технологию, проводимую в стационаре. В то же время необходимо учесть транспортную доступность дневного стационара (особенно в сельской местности) и социальные факторы – возможность получения бесплатных лекарств для льготной категории больных в амбулаторных условиях.

На уровне учреждений метод минимизации затрат широко применяется при государственных или муниципальных закупках однотипного оборудования, продуктов питания, лекарственных препаратов. В последние годы совершенствуется законодательство в этой области, что существенно облегчает задачу применения данного метода на практике. Экономия от проведения конкурсных и котировочных процедур бывает весьма существенной.

Метод «минимизации затрат» может применяться и при разработке медико-экономических стандартов (протоколов) лечения отдельных заболеваний. Для этого должно создаваться несколько вариантов стандарта лечения:

- Простой (минимальный) – с применением простейших лекарств, простейших операций и манипуляций и минимума диагностических исследований на простой диагностической аппаратуре.

- Сложный (расширенный) – с применением максимально эффективных схем лекарственного лечения, использованием манипуляций и оперативных вмешательств по последнему слову достижений медицинской науки и возможностей оборудования мирового класса.

- Оптимальный (средний) – представляет собой некое усредненное значение первых двух вариантов.

При этом конечный результат достигается во всех трех случаях. Например, аппендэктомия может быть проведена при помощи лапаротомного разреза под местной анестезией с применением в послеоперационном периоде антибиотиков первого поколения или с помощью эндоскопической хирургии под общим наркозом с применением в послеоперационном периоде антибиотиков четвертого поколения. Но качество аппендэктомии с точки зрения потребителя медицинской услуги, т.е. пациента, совершенно разное. При этом сложный стандарт по цене не всегда может оказаться намного дороже простого, т.к. применение дорогих, но эффективных схем лечения приводит к значительному сокращению пребывания больного в стационаре, а следовательно к эффективному использованию основных средств. Использование того или иного стандарта в медицинской практике зависит от объема выделенных на здравоохранение ресурсов. Инвестиционные возможности региональных и муниципальных бюджетов различаются на порядок, а применение простого или расширенного стандарта зависит прежде всего от набора имеющегося диагностического и хирургического оборудования. В любом случае должно быть законодательно закреплено право пациента выбора более сложного стандарта лечения (при возможности его оказания в учреждении здравоохранения), то есть право выбора альтернативной технологии лечения дополнительно к предоставляемому государством бесплатному минимуму.

Показатели, позволяющие оценить ресурсное обеспечение отрасли и эффективность финансирования по методу «минимизации затрат»:

- › Показатели, характеризующие структуру финансирования здравоохранения из различных источников в целом и в расчете на душу населения (бюджет, средства ОМС).

- › Показатели, характеризующие структуру финансирования по видам помощи (стационарная, амбулаторная, стационарзамещающая, скорая).

➤ Показатели, характеризующие структуру финансирования организаций здравоохранения по экономической классификации затрат.

➤ Показатели износа основных фондов в здравоохранении.

➤ Показатели объемов медицинской помощи на душу населения в разрезе видов медицинской помощи.

2. Экономический анализ по методу

«затраты – результативность»

Данный метод предполагает сравнение вариантов, направленных на достижение единой цели и различающихся не только затратами, но и степенью достижения результата. Важно, что, используя метод «затраты – результативность», можно сопоставлять совершенно разные программы здравоохранения: например, программы для лечения кардиологических заболеваний, профилактики туберкулеза, почечного диализа при отказе почек и т. д. Главное, чтобы эти программы ставили единую цель, как в данном примере, – продление жизни населения.

Разработка бюджетов всегда связана с конкуренцией отраслей при распределении общественных ресурсов. В ходе внедрения методов бюджетирования для законодательной и исполнительной власти важно **определение приоритетов** финансирования под понятные, прозрачные цели и с перспективой достижения определенных («оцифрованных») результатов. *На популяционном и на отраслевом (управленческом) уровнях* метод «затраты – результативность» должен найти в ближайшем будущем широкое применение, т.к. без него очень трудно перейти от планирования затрат к планированию результатов при разработке региональных и местных бюджетов. В следующей главе подробно изложена одна из методик такого анализа на уровне региона или муниципального образования. Применительно к эффективности в здравоохранении анализ по методу «затраты – результативность» предполагает оценку результатов по увеличению сроков жизни населения, сокращению заболеваемости по тому или иному виду болезней, повышению качества оказанных медицинских услуг и т. д.

На уровне учреждений здравоохранения метод «затраты – результативность» очень широко использовался в конце 1980-х гг. при анализе деятельности по новому хозяйственному механизму как модель конечных результатов, а в настоящее время применяется

в системе обязательного медицинского страхования. Под простейшим результатом при этом понимают оказанный объем услуг (выраженный в количестве койко-дней, посещений, вызовов скорой помощи). Анализируя стоимость единицы услуг в каждом учреждении, можно размещать государственный или муниципальный заказ, выраженный в объемных показателях, там, где стоимость единицы объема дешевле. Применять этот метод, однако, следует с определенной долей осторожности и только в пределах однородных групп учреждений здравоохранения. Например, при сопоставлении двух или нескольких городских больниц или городских поликлиник примерно равной пропускной способности. Разница между тарифами в учреждениях здравоохранения зависит в первую очередь от количества штатных работников, набора имеющегося диагностического оборудования, практики применения тех или иных лекарственных средств и прочих причин. Поэтому выражать результат деятельности учреждения здравоохранения простыми объемными показателями не вполне оправданно. Результаты выполнения объемов следует применять в сочетании с результатами медицинскими или социально значимыми. В рамках нового хозяйственного механизма эта модель конечных результатов оценивалась, как правило, в баллах.

Для оценки эффективности здравоохранения по методу «затраты – результативность», наряду с перечисленными показателями объемов медицинских услуг (койко-дни на 1 тыс. чел. по профилям и уровням оказания медицинской помощи, количество пролеченных больных, количество посещений на 1 тыс. чел., количество вызовов скорой медицинской помощи на 1 тыс. чел., количество дней пребывания в дневных стационарах на 1 тыс. чел.), можно использовать группу следующих результативных показателей:

- *Заболеваемость населения* (число заболеваний, зарегистрированных у больных с впервые установленным диагнозом; на 1 тыс. чел.), в том числе по основным классам болезней.

- *Боллезненность* (совокупность всех больных данной болезнью, обратившихся в амбулаторно-поликлинические учреждения как в текущем, так и в предыдущие периоды и состоявших на учете на конец отчетного периода).

- *Заболеваемость населения с временной утратой трудоспособности* (характеризуется числом календарных дней временной нетрудоспособности).

- *Первичная инвалидность* (характеризуется численностью лиц, впервые признанных инвалидами в текущем году).
- *Смертность* (характеризуется количеством смертей, наступивших в текущем году).
- *Количество жалоб населения на качество оказанных медицинских услуг.*

3. Экономический анализ по методу «затраты – выгода»

В тех случаях, когда сравнительная оценка рассматриваемых вариантов не может быть сведена к единому натуральному показателю, целесообразно проводить анализ по методу «затраты – выгода».

Действительно, программы здравоохранения в различных регионах ставят перед собой различные цели, которые по ряду причин могут одновременно привести как к положительному, так и отрицательному результату. Например, онкологические хирургические операции, с одной стороны, увеличивают показатели продолжительности жизни, а с другой – приводят к росту инвалидности; профилактическая вакцинация против гриппа одновременно снижает уровень заболеваемости и количество дней нетрудоспособности населения.

На *популяционном уровне и отраслевом (управленческом) уровне* данный метод может применяться в здравоохранении при выборе условий предоставления товарного кредита или условий лизинга на приобретение дорогостоящего медицинского оборудования (магнитно-резонансные томографы, рентгеновские цифровые аппараты и т.д.), производство крупных строительных работ в кредит. Под выгодой в этом случае понимают меньшую ставку по кредиту.

В практике работы *учреждений здравоохранения* метод «затраты – выгода» удобно применять в тех случаях, когда затраты и результаты легко выразить в денежном измерении. Например, это лучший вид анализа при реализации платных медицинских услуг. Выбор рынка сбыта, маркетинг, определение границы рентабельности в целях конкурентоспособности услуг требуют от руководства учреждения применения элементов анализа полученной или упущенной выгоды.

4. Экономический анализ по методу «затраты – полезность»

Многие результаты оказания медицинских услуг невозможно выразить в денежном измерении. Невозможно, например, в рублях оценить роль психотерапевтических процедур в период лечения, или повышения квалификации персонала в улучшении качества медицинской помощи, или эффекта снятия острой боли при применении анестезии.

В этом случае в качестве единого показателя для разнородных результатов на практике применяют метод, выражающий результат в годах жизни, скорректированных по качеству (QALY – в английской аббревиатуре). Для того чтобы оценить число QALY, каждому состоянию при каждом виде заболеваний присваивают коэффициенты полезности от 0 (смерть) до 1 (полностью здоров). Далее выигранные годы умножаются на коэффициент полезности, что в итоге и дает число QALY. Например, если ожидаемая продолжительность жизни населения в регионе в результате проводимых реформ в здравоохранении повышается на 5 лет, со средним коэффициентом полезности оказания медицинских услуг 0,7, то результат проводимых реформ оценивается как $0,7 \times 5 = 3,5$ QALY. Такой метод анализа носит название анализ «затраты – полезность».

Оценка коэффициентов полезности проводится экспертным путем и сопряжена с рядом методологических сложностей, связанных, с одной стороны, с отбором квалифицированных экспертов, четкой формулировкой задач, а с другой стороны, с субъективностью оценок и сложностью обработки полученного материала.

Таблица 3.1. Сравнительная характеристика методов экономического анализа

Тип анализа	Показатели (единицы измерения) затрат на альтернативные программы	Совпадение (или различие) результатов	Показатели (единицы измерения) результатов
Анализ минимизации затрат	Денежный эквивалент (рубли)	Идентичны во всех отношениях	Нет
Анализ «затраты – результативность» (затраты – эффективность)	Денежный эквивалент (рубли)	Единый результирующий эффект одинаков для обеих альтернатив, но степень его достижения различна	Натуральные показатели: дополнительные годы жизни, сокращение числа дней нетрудоспособности, потерянные годы потенциальной жизни и т.п.
Анализ «затраты – выгода»	Денежный эквивалент (рубли)	Результирующие эффекты не обязательно совпадают по обоим альтернативам, степень достижения одинаковых результатов может быть различна по рассматриваемым альтернативам	Денежный эквивалент (рубли)
Анализ «затраты – полезность»	Денежный эквивалент (рубли)	Результирующие эффекты не обязательно совпадают по обоим альтернативам, степень достижения одинаковых результатов может быть разной для разных программ	Дни здоровой жизни или (что используется чаще) годы жизни с учетом качества

Экспертная оценка проводится на основе социологического опроса населения и оформляется в виде таблиц коэффициентов полезности для дальнейшей обработки. Разработка анкеты для такого социологического опроса требует привлечения квалифицированных врачей, социологов, психиатров, специалистов в области статистики. Поэтому в российской практике метод «затраты – полезность» трудноприменим и не найдет в ближайшее время широкого распространения на практике ни на *популяционном уровне, ни на отраслевом (управленческом) уровне, ни на уровне учреждений*. Применение этого метода ограничено возможностями имеющейся статистической информации и возможно лишь при проведении отдельных научных исследований.

Таким образом, каждый из представленных методов экономического анализа в здравоохранении может оказаться эффективным в зависимости от ситуации. Их основные отличительные особенности представлены в *таблице 3.1*.

3.2. Методика «затраты – результативность» для оценки эффективности расходов на здравоохранение

В условиях ограниченных финансовых ресурсов первоочередной задачей является **выбор приоритетов**, который осуществляется с использованием медико-демографических данных о социальных потерях населения управляемой территории в связи с заболеваемостью и обусловленными ею последствиями: неоправданной инвалидностью и преждевременной смертностью. Сведения о социальных потерях населения вследствие отдельных болезней и их групп должны анализироваться совместно с финансовой информацией, которая собирается по определенной схеме для того, чтобы оценить затраты, которые несет территориальная система здравоохранения на профилактику, лечение и реабилитацию населения по каждому из рассматриваемых заболеваний. Такой анализ может быть проведен с использованием различных источников информации, методов и моделей, вся совокупность которых и составляет основу «Методики оценки эффективности расходов на здравоохранение на региональном и муниципальном уровнях в целях создания бюджета, ориентированного на результат».

Цель этой методики – сопоставление совокупных затрат бюджета и внебюджетных государственных фондов на финансирование системы здравоохранения с собственно величинами социальных потерь общества от болезней. В совокупные затраты могут быть

включены не только затраты учреждений здравоохранения на профилактическую, лечебную и реабилитационную деятельность, но и затраты, связанные с другими видами социальной активности, способствующими предотвращению возникновения и развития болезни среди населения. К таким видам социальной активности можно отнести, например, деятельность по социальной защите населения, развитию физической культуры и спорта, деятельность государственных и общественных служб и объединений граждан по организации здорового отдыха и т.п.

Показатели смертности – традиционный и наиболее надежный индикатор потерь здоровья населения. Статистическим достоинством этих показателей является достаточно высокая достоверность и объективность, что облегчает возможность проведения межрегиональных сопоставлений. К недостаткам показателей смертности относят то, что они не отражают состояния здоровья живущего населения, а также не учитывают т.н. «не фатальные» исходы болезней, т.е. те нарушения здоровья, которые не приводят к смерти больных. Известно, что в большинстве случаев успехи в борьбе с болезнями, не приводящими к фатальному исходу, никак не будут отражаться на показателях смертности. Вместе с тем для медицины сохранение жизни человека всегда важнее любых других целей и приоритетов. Поэтому можно с уверенностью сказать, что при прочих равных условиях мероприятия, сохраняющие жизнь больных, будут важнее всех других. Использование показателей смертности облегчается существованием хорошо налаженной системы государственной статистики смертности.

Современная статистика смертности дает возможность рассчитывать различные показатели (табл. 3.2). К наиболее употребительным из них относится показатель «**потерянные годы**

Таблица 3.2. Система основных показателей здоровья населения

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

потенциальной жизни», рассматриваемый в качестве интегральной характеристики ущерба обществу от преждевременной смертности населения.

Существует много методов оценки величины ПППЖ вследствие преждевременной смертности, самый простой из которых – расчет потерь лет потенциальной жизни, вычисляемых по формуле:

$$\sum_{x=0}^{x=L} d_x(L-x),$$

где:

d_x – число смертных случаев в возрасте x ;

L – базовое значение продолжительности жизни, означающее возраст, такой, что все смерти ранее этого возраста считаются преждевременными.

Всемирная организация здравоохранения рекомендовала использовать для целей установления приоритетов и мониторинга деятельности систем здравоохранения величины ПППЖ, рассчитанные для отдельных болезней, на основе базового уровня продолжительности жизни, равного **65** годам. Именно этот базовый уровень является реальным для большинства регионов и муниципальных образований Российской Федерации.

Основными этапами применения методики «затраты – результативность» являются:

➤ сбор финансовой информации о затратах здравоохранения территории на профилактику, лечение и реабилитацию населения по классам болезней и отдельным заболеваниям за определенный период (как правило, один год);

➤ сбор первичной информации о лицах, умерших за этот промежуток времени на рассматриваемой территории, с разбивкой по полу, возрасту и причинам смерти;

➤ расчет совокупности вспомогательных показателей, характеризующих уровень совокупных и относительных затрат (на одно посещение в поликлинике, на один койко-день или на одного выписанного из стационара больного, на одного жителя – по муниципальным территориям, классам болезней и отдельным заболеваниям);

➤ расчет вспомогательных показателей, характеризующих уровень социальных потерь общества (социальная эффективность деятельности здравоохранения) вследствие преждевременной смертности населения по классам болезней и отдельным заболеваниям;

- проведение собственно анализа эффективности, заключающегося в сопоставлении затрат на единицу потерь по муниципальным образованиям, классам болезней и отдельным заболеваниям;
- интерпретация полученных результатов и разработка рекомендаций по совершенствованию профилактической, лечебной и реабилитационной деятельности здравоохранения территории и отдельных муниципальных образований.

Сбор финансовой информации о затратах здравоохранения территории на профилактику, лечение и реабилитацию населения по классам болезней и отдельным заболеваниям.

В соответствии с законодательством территориальное здравоохранение в Российской Федерации финансируется в основном из двух источников: из средств бюджетов (областного и муниципальных) и средств обязательного медицинского страхования. Средства от платных услуг и добровольного медицинского страхования (3 – 5% финансирования) на результаты деятельности здравоохранения в большинстве учреждений не влияют и в данной методике не учитываются.

Системой ОМС предусмотрена отчетность ЛПУ перед страховыми медицинскими организациями по счетам, где указывается количество койко-дней в стационарах по нозологическим единицам МКБ-10 и посещений специалистов по профилю. С 2005 г., в связи с началом «монетизации льгот», счета поликлиник также стали персонифицированными, включив в себя информацию не только по профилю специалиста, но и по диагнозу МКБ-10. Тариф посещения каждого специалиста в поликлинике и тариф койко-дня по профилю отделения в ЛПУ утверждается на год по единой методике, принятой областным Тарифным соглашением. Производным от тарифа койко-дня может выступать тариф пролеченного больного по профилю; в этом случае региональными органами управления здравоохранения устанавливается норматив средней длительности пребывания больного на койке (средний расчетный койко-день). В некоторых регионах финансирование проводится по групповым или индивидуальным стандартам (протоколам лечения) – в этом случае применяется тариф пролеченного больного, но не по профилю, а по отдельному диагнозу. В системе ОМС финансируется неполный тариф (зарплата, начисления, медикаменты, питание, мягкий инвентарь). Информация представляется на бумажных и (или) электронных носителях.

Бюджетным финансированием всех уровней информация по МКБ-10 не предусмотрена, есть только бухгалтерская финансовая отчетность. Она, в свою очередь, не учитывает отдельно виды помощи (стационар, поликлиника, скорая помощь, дневной стационар), если все они оказываются одним юридическим лицом, например ЦРБ. Сбор информации о расходах бюджетов по видам помощи впервые предусмотрен на этапе сбора статистической информации по исполнению Программы государственных гарантий (форма №62). В целях развития системы бюджетирования, ориентированного на результат, прежде всего нужно обеспечить соответствие целевых статей бюджетной классификации хотя бы видам расходов Программы госгарантий, т.к. это необходимо для анализа структурной эффективности отрасли и учета объемов финансирования по соответствующим видам (объемам) медицинской помощи (табл. 3.3).

Таблица 3.3. Статьи бюджетной классификации

Код	Перечень целевых статей функциональной классификации расходов бюджетов РФ (ФЗ-115 от 15 августа 1996 года с изменениями внесенными ФЗ-174 от 23.12.2004 года «О бюджетной классификации Российской Федерации»)	№ п/п	Перечень видов расходов по Программе госгарантий (методические рекомендации, согласованные с Минфином, отраслевая статистическая форма №62, утвержденная приказом Минздрава РФ и ФОМС от 13.11.2003 №542/58)
470 00 00	Больницы, клиники, госпитали	1	Скорая медицинская помощь
471 00 00	Поликлиники, амбулатории, диагностические центры	2	Амбулаторно-поликлиническая помощь
478 00 00	Фельдшерско-акушерские пункты	3	Стационарная помощь
472 00 00	Станции переливания крови	4	Медицинская помощь в дневных стационарах
486 00 00	Дома ребенка	5	Санаторная помощь
477 00 00	Станции скорой и неотложной помощи	6	Прочие виды медицинской помощи
473 00 00	Санатории для больных туберкулезом	7	Затраты на ведение дела в системе ОМС
474 00 00	Санатории для детей и подростков	8	Затраты субъекта РФ на оказание высокотехнологичных видов медицинской помощи
475 00 00	Санатории, пансионаты и дома отдыха		
479 00 00	Дезинфекционные станции		
469 00 00	Учреждения, обеспечивающие предоставление услуг в сфере здравоохранения		
476 00 00	Родильные дома		

Для программно-целевого планирования на уровне регионов и муниципальных образований в будущем можно применять детализацию бюджетной классификации (например, для ЦРБ: 470 0100 – стационар, 470 0200 – поликлиника, 470 0300 – скорая помощь, 470 0400 – дневной стационар, 470 0500 – койки сестринского ухода и т.д.), позволяющую организовать бухгалтерский учет внутри учреждений по видам помощи, но в настоящий момент это нигде не делается.

Если не организован бухгалтерский учет по видам помощи, тем более трудно сгруппировать расходы бюджета по отдельным классам болезней и по диагнозам в целях проведения анализа эффективности. Но при помощи определенных упрощений и допусков сделать это можно.

Алгоритм сбора первичных данных по затратам на поликлиническое и стационарное обслуживание, на деятельность скорой медицинской помощи и на реализацию целевых программ здравоохранения представлен на схеме (рис. 3.1).

Рис. 3.1. Алгоритм сбора первичных данных

Бухгалтерская отчетность ЛПУ	Поликлиника	Стационар
	МКБ-10 $A_3 = B_3 \times T_3$	МКБ-10 $A_1 = B_1 \times T_1$
Счета ЛПУ (система ОМС)	Z – скорая помощь S – целевые программы	
	МКБ-10 $A_4 = B_4 \times T_4$	Профиль специалиста $A_2 = B_2 \times T_2$

Обозначения:

T_1 – тариф бюджетных затрат, руб./койко-день в стационаре (профиль бюджетных отделений и коек – туберкулезные диспансеры, наркодиспансеры, психобольницы, койки сестринского ухода и пр.);

T_2 – тариф затрат по ОМС, руб./койко-день в стационаре (профиль отделений и коек, финансируемых системой ОМС, – неврологические, онкологические, терапевтические, хирургические и т.д.);

T_3 – тариф бюджетных затрат, руб./посещение поликлиники (по бюджетным профилям специалистов);

T_4 – тариф затрат по ОМС, руб./посещение поликлиники (по профилям специалистов, финансируемых системой ОМС);

V_1 – суммарное количество койко-дней, проведенное больными в стационаре на койках бюджетных профилей (по диагнозам МКБ-10);

V_2 – суммарное количество койко-дней, проведенное больными в стационаре на койках, финансируемых фондом ОМС (по диагнозам МКБ-10);

V_3 – суммарное количество посещений поликлиники, специалистов, оплачиваемых за счет средств бюджета (по диагнозам МКБ-10);

V_4 – суммарное количество посещений поликлиники, специалистов, оплачиваемых фондом ОМС (по диагнозам МКБ-10);

A_1 – суммарные затраты (по МКБ-10) на стационарное обслуживание на койках бюджетного профиля (психиатрические, наркологические, фтизиатрические и пр.) – рассчитываются по тарифам ЛПУ, аналогичным ОМС (зарплата с начислениями, медикаменты и мягкий инвентарь, питание); остальные статьи финансируются из бюджета по смете и учитываются в методике позже;

A_2 – суммарные затраты фонда ОМС на стационарное обслуживание по МКБ-10 – рассчитываются по счетам ЛПУ в системе ОМС по действующим отчетным формам:

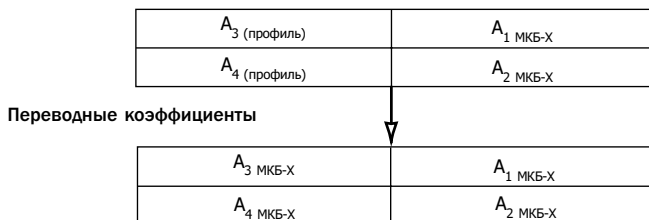
№ стационара	Код заболевания по МКБ-10	Сумма к/дней, проведенных больными в стационаре с данным диагнозом	Тариф на один койко-день	Сумма затрат
		$V_2 (B_1)$	$T_2 (T_1)$	$A_2 (A_1)$
...

A_3 – суммарные затраты (по МКБ-10) на поликлиническое обслуживание по бюджетным профилям (прием психиатра, нарколога, фтизиатра и пр.) – рассчитывается по тарифам ЛПУ, аналогичным системе ОМС, без затрат на питание (зарплата с начислениями, медикаменты и мягкий инвентарь); остальные статьи затрат финансируются из бюджета по смете и учитываются в методике позже;

A_4 – суммарные затраты фонда ОМС на поликлиническое обслуживание (по МКБ-10) – рассчитывается по счетам ЛПУ в системе ОМС по действующим отчетным формам:

№ поликлиники	Код заболевания по МКБ-10	Сумма посещений	Тариф	Сумма затрат
		$V_4 (B_3)$	$T_4 (T_3)$	$A_4 (A_3)$
...

Если информацию о затратах на уровне поликлиники можно получить только по профилю специалиста без учета диагнозов по МКБ-10, то следует применить переводные коэффициенты, выведенные эмпирическим путем в типичных поликлиниках разного уровня. Коэффициенты для перевода затрат по профилю специалиста в затраты по диагнозам МКБ-10 выглядят следующим образом:



Выведение коэффициентов накладных расходов для уточнения расходов по отдельным заболеваниям и группам болезней.

Полученные на первом этапе сбора информации данные о расходах поликлиник и стационаров в системе ОМС и бюджетов по заболеваниям являются неполными, т.к. в тариф включены расходы на зарплату с начислениями, на медикаменты, мягкий инвентарь и питание. Расходы бюджетов на оборудование, капитальный и текущий ремонт, прочие текущие расходы необходимо распределить на все учтенные на первом этапе сбора информации объемы медицинской помощи как по бюджетным профилям, так и по профилям, финансируемым в системе ОМС. Информацию о расходах бюджета по районам, включая расходы на муниципальные целевые программы (Z), можно получить из годовых бухгалтерских отчетов учреждений здравоохранения. Информацию о расходах по видам помощи – скорой (S), амбулаторно-поликлинической (P) и стационарной (C) – дает статистическая форма №62, заполнение которой обязательно для всех учреждений здравоохранения.

Чтобы распределить расходы бюджетов на поликлиническую и стационарную помощь пропорционально – на рубль расходов – отдельно по стационару и поликлинике, выводятся коэффициенты накладных расходов H_1 и H_2 :

$$H_1 = \frac{C - A_1}{B_1 + B_2}; H_2 = \frac{P - A_3}{B_3 + B_4},$$

где:

P – затраты бюджета на поликлинику;

C – затраты бюджета на стационар;

H_2 – коэффициент накладных расходов по поликлинике на рубль затрат по поликлиникам;

H_1 – коэффициент накладных расходов по стационару на рубль затрат по стационарам.

После получения коэффициентов накладных расходов затраты по отдельным болезням (A_1, A_2, A_3, A_4) пересчитываются для каждого района и типа затрат:

	Поликлиника	Стационар
Бюджет	$A_3 + H_2 \times B_3$	$A_1 + H_1 \times B_1$
ОМС	$A_4 + H_2 \times B_4$	$A_2 + H_1 \times B_2$

Коэффициент неучтенных расходов ОМС

При сборе информации по счетам, полученным от учреждений здравоохранения в системе ОМС, возможна потеря финансовых данных, т.к. счета подвергаются экспертизе со стороны страховых компаний и часть записей уточняется и оплачивается позже. «Неучтенные расходы» в системе ОМС следует включить с помощью коэффициентов накладных расходов K_1 и K_2 .

$$K_1 = \frac{C_1 - A_2 - A_4}{A_2 + A_4}; \quad K_2 = \frac{C_2 - \text{Сумма } C_1}{\text{Сумма } C_1},$$

где:

C_1 – общее финансирование территориальной программы за счет средств ОМС по муниципальному образованию (согласно первичным отчетным документам страховых медицинских организаций, направляемым в Территориальный фонд ОМС по каждому муниципальному образованию);

C_2 – исполненный годовой бюджет Территориального фонда ОМС, в т.ч. расходы на финансирование территориальной программы ОМС в целом, затраты на содержание ТФ ОМС, его филиалов и пр. (согласно годовому отчету об исполнении бюджета ТФ ОМС);

K_1 – коэффициент накладных расходов для уточнения финансирования муниципального образования за счет средств ОМС;

K_2 – коэффициент накладных расходов для уточнения финансирования в системе ОМС в целом.

Расходы ОМС уточняются с помощью коэффициентов по формулам таблицы:

	Поликлиника	Стационар
Бюджет	A_3	A_1
ОМС	$A_4 \times (1 + K_1) \times (1 + K_2)$	$A_2 \times (1 + K_1) \times (1 + K_2)$

Учет затрат по скорой помощи можно проводить пропорционально, на рубль расходов, при помощи коэффициента H_3 :

$$H_3 = \frac{S}{A_1 + A_2 + A_3 + A_4},$$

где:

S – затраты бюджета на скорую помощь;

$A_1 + A_2 + A_3 + A_4$ – значения вводятся после уточнений на предыдущих этапах.

Далее учет затрат по скорой помощи ведется по следующим формулам:

	Поликлиника	Стационар
Бюджет	$A_3 \times (1 + H_3)$	$A_1 \times (1 + H_3)$
ОМС	$A_4 \times (1 + H_3)$	$A_2 \times (1 + H_3)$

Затраты на скорую помощь распределяются равномерно – на рубль затрат учреждений на поликлиническую и стационарную помощь, но можно учесть расходы на вызовы скорой помощи при помощи переводных коэффициентов, основанных на статистических данных по МКБ-10, имеющихся на станциях и в отделениях скорой помощи. Такой сбор финансовой информации будет более точным.

Учет затрат на целевые программы

В некоторых муниципальных образованиях и на областном уровне из бюджетов финансируются целевые программы. Расходы по целевым программам (Z) можно отнести к конкретному классу (классам) болезней или даже к отдельным заболеваниям (например, по программам «Материнство и детство», «Сахарный диабет», «Вакцинопрофилактика», «Профилактика артериальной гипертензии», «Меры борьбы с туберкулезом», «Меры борьбы с наркоманией», «Анти-ВИЧ» и пр.). По аналогии с предыдущими этапами сбора финансовой информации для каждой целевой программы выводится свой коэффициент накладных расходов, отнесенный на рубль затрат в тех классах болезней, для которых предназначена целевая программа. Упрощенно расходы целевых программ могут распределяться равномерно по всем классам болезней только с учетом различий по муниципальным образованиям.

Коэффициент неучтенных расходов бюджета

На заключительном этапе сбора финансовой информации следует уточнить сумму бюджетных расходов по муниципальным образованиям, а также расходы консолидированного бюджета. Для учета так называемых «неучтенных расходов бюджета» выводятся коэффициенты K_3 и K_4 :

$$K_3 = \frac{F_1 - A_3 - A_1 - A_2 - A_4}{A_1 + A_2 + A_3 + A_4},$$

где:

K_3 – коэффициент накладных расходов бюджета, отнесенный к одному рублю общих затрат муниципального бюджета по поликлиникам и стационарам;

F_1 – расходы бюджетов муниципальных образований по данным годового бухгалтерского отчета.

$$K_4 = \frac{F_2 - \text{Сумма } F_1}{\text{Сумма } F_1},$$

где:

K_4 – коэффициент накладных расходов бюджета, отнесенный к одному рублю общих затрат консолидированного бюджета по поликлиникам и стационарам;

F_2 – расходы консолидированного бюджета за отчетный год.

После вычисления коэффициентов K_3 и K_4 фактические затраты по отдельным болезням (A_1, A_2, A_3, A_4) уточняются коэффициентами по формулам таблицы:

	Поликлиника	Стационар
Бюджет	$A_3 \times (1 + K_3) \times (1 + K_4)$	$A_1 \times (1 + K_3) \times (1 + K_4)$
ОМС	$A_4 \times (1 + K_3) \times (1 + K_4)$	$A_2 \times (1 + K_3) \times (1 + K_4)$

Сбор информации проводится за финансовый год. Параллельно собирается статистическая информация о смертности согласно кодировке МКБ-10 и в разрезе муниципальных образований.

В отсутствие государственных учетных форм, позволяющих собирать полную финансовую информацию для анализа в целях отнесения фактических затрат по конкретным диагнозам и классам болезней, неизбежны упрощения и допуски, которые, впрочем, не сильно меняют общую картину. Затраты на медикаменты при оказании стационарной помощи учитываются по тарифам, принятым на уровне субъекта РФ без учета перераспределения расходов на медикаменты внутри ЛПУ по профилям. Тарифы обычно дифференцируются по уровням оказания медицинской помощи (клинический, городской, районный, уровень участковых больниц), а также по профилям (согласно коэффициентам относительной стоимости койко-дня, приведенным в методических рекомендациях по расчету и экономическому обоснованию территориальных программ государственных гарантий), но не отражают фактических затрат по диагнозам. Исключение могут составить регионы, где финансирование в системе ОМС проводится по законченному случаю в соответствии с медико-экономическими стандартами, т. к. специфика лекарственного обследования и лечения учитывается в этом случае в рамках расчета тарифа по каждому конкретному диагнозу.

Затраты на оборудование распределяются по диагнозам и классам болезней равномерно (кроме оборудования по целевым программам), но одни заболевания требуют больших объемов инструментального обеспечения, другие – меньших. Это наиболее трудно дифференцируемые затраты. Их можно учесть, лишь

просчитав технологию оказания медицинской услуги, т.е. включив в расчет медико-экономического стандарта расходы на амортизацию и ремонт оборудования и на приобретение расходных материалов для проведения медицинских анализов и диагностических исследований.

Выходные данные, которые могут быть получены из финансовой базы данных для анализа:

1. Расходы на душу населения в разрезе пола, возраста (возможно выведение или корректировка половозрастных коэффициентов, используемых для расчета подушевых нормативов финансирования, которые применяются в субъекте РФ при распределении финансирования ТФ ОМС в страховые организации). Поскольку наиболее перспективной с точки зрения развития профилактической медицины является модель подушевого финансирования, а декларация перехода на подушевое финансирование в отрасли уже содержится в Постановлении Правительства РФ «О программе государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи гражданам РФ в 2005 году», данные о половозрастных коэффициентах понадобятся в ближайшем будущем и для распределения бюджетного финансирования на уровне муниципальных образований.

2. Расходы на душу населения в разрезе муниципальных образований. Эти данные могут быть использованы для анализа доступности медицинских услуг в различных муниципальных образованиях субъекта РФ и для оценки процедур выравнивания местных бюджетов с областного уровня, т.к. при предлагаемом алгоритме сбора финансовой информации в подушевых расходах учитываются расходы на областные целевые программы, расходы на лечение в областных учреждениях здравоохранения и в целом расходы консолидированного бюджета и бюджета ТФ ОМС.

3. Анализ структуры расходов в разрезе классов болезней, групповых диагнозов, отдельных заболеваний в целом по субъекту РФ и в отдельности в каждом муниципальном образовании (*уникальная информация*, до сих пор не определена на государственном уровне, но постоянно необходима, о чем свидетельствуют многочисленные запросы Министерства здравоохранения в регионы о предоставлении подобной информации по службам материнства и детства, противотуберкулезной службе, наркослужбе и т.д.). Эта информация необходима также для ориентиров оценки стоимости медико-экономических стандартов по группам болезней или по отдельным диагнозам в случае их разработки (корректировки) на уровне субъекта РФ или муниципального образования.

Таблица 3.4. Структура всех затрат по отрасли «Здравоохранение» по классам заболеваний в Вологодской области в 2004 году

№	Классы заболеваний по МКБ-10	Доля, в %
	Всего	100
1	Болезни органов дыхания	29,2
2	Болезни системы кровообращения	10,8
3	Болезни глаза и его придаточного аппарата	8,8
4	Болезни костно-мышечной соединительной ткани	7,0
5	Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	6,1
6	Болезни органов пищеварения	5,8
7	Болезни мочеполовой системы	5,4
8	Болезни кожи и подкожной клетчатки	4,7
9	Инфекционные и паразитарные болезни	4,0
10	Психические расстройства и расстройства поведения	3,4
11	Болезни уха и сосцевидного отростка	3,1
12	Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	3,0
13	Болезни нервной системы	2,4
14	Новообразования	1,9
15	Беременность, роды и послеродовой период	1,1
16	Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	1,0
17	Врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения	0,4
18	Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде	0,3
19	Прочие	1,4

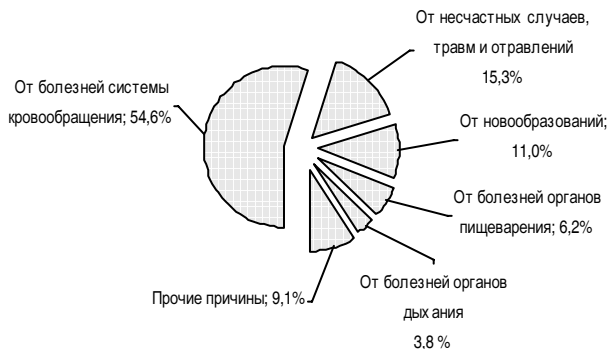
Для примера приводится структура расходов по классам болезней одного из субъектов РФ, которая может быть почти типичной для большинства регионов и муниципальных образований (табл. 3.4).

3.3. Методика анализа потерь потенциальной жизни вследствие преждевременной смертности

В структуре смертности по причинам смерти (рис. 3.2) первое ранговое место занимают болезни органов кровообращения (55%, или 1045,7 на 100 тыс. чел.). На втором месте находятся несчастные случаи, травмы и отравления (15%, или 292,0 случая на 100 тыс. чел.), на третьем – новообразования (210,7 на 100 тыс. чел.), на четвертом – болезни органов пищеварения 119,1 на 100 тыс. чел., на пятом месте – заболевания органов дыхания (72,8 на 100 тыс. чел.).

По причинам смертности среди мужчин первые три ранговых места занимают болезни органов кровообращения (46,5%), несчастные случаи, травмы и отравления (22,0%), новообразования (10,8%). Затем следуют болезни органов пищеварения (7,4%) и заболевания

Рис. 3.2. Структура смертности всего населения Вологодской области в 2004 г. по причинам смерти



органов дыхания (5,5%). Структура причин смертности женщин следующая: болезни органов кровообращения (65%), новообразования (11,3%), несчастные случаи, травмы и отравления (6,8%), затем болезни органов пищеварения (4,7%) и заболевания органов дыхания (1,7%).

Первое место в структуре смертности населения трудоспособного возраста занимают несчастные случаи, травмы и отравления (34,9%), второе – заболевания сердечно-сосудистой системы (29,1%), третье – болезни органов пищеварения (12,6%), четвертое и пятое – новообразования (8,3%) и заболевания органов дыхания (5,8%).

Показатель смертности по всем причинам за 2004 г. среди всего населения составил 1914,5 на 100 тыс. чел., что на 3,2% меньше, чем в 2003 г., но на 18% больше по сравнению с 1995 г. (табл. 3.5).

Таблица 3.5. Смертность среди населения Вологодской области по классам некоторых причин смерти (ранговая по 2004 г., число умерших на 100 тыс. населения)

Причины	1995 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.	2004 г. РФ	2004 г. СЗФО	Темпы роста к уровню 1995 г., %
Всего	1617,0	1809,0	1977,3	1914,5	1596,0	1780,8	118
В т.ч.:							
– от болезней системы кровообращения	927,0	1035,3	1094,2	1045,7	895,4	1019,5	113
– от несчастных случаев, травм и отравлений	233,0	266,0	298,4	292,0	227,5	255,3	126
– от новообразований	208,0	203,3	222,4	210,7	201,7	224,1	101
– от болезней органов пищеварения	42,2	73,2	96,5	119,1	59,3	71,0	282
– от инфекционных и паразитарных болезней	7,4	13,8	17,8	14,8	25,7	27,5	200

Как видно из данных таблицы, по основным классам заболеваний наблюдается снижение смертности, за исключением болезней органов пищеварения, которые дали темп прироста показателя за год 23,4%. Практически все региональные показатели смертности по основным причинам в 2004 г. превышали уровень РФ и СЗФО, кроме смертности от инфекционных и паразитарных болезней. Высоким остается уровень смертности в результате несчастных случаев, травм и отравлений. От этих причин умирают преимущественно люди трудоспособного возраста, составляющие основу трудового потенциала области и наиболее активно участвующие в социальной жизни.

Структура социальных потерь от преждевременной смертности отличается от структуры смертности населения. Так, по структуре социальных потерь от преждевременной смертности первое ранговое место по Вологодской области в 2004 г. занимали травмы, отравления, другие последствия воздействия внешних причин (средний возраст смерти составил 45 лет); второе – болезни системы кровообращения (средний возраст смерти – 62 года); третье – болезни органов пищеварения (средний возраст смерти – 51 год); четвертое и пятое – новообразования и болезни органов дыхания (средний возраст смерти – соответственно 60 и 54 года) [прил. 15]. В структуре социальных потерь в 2004 г. изменений по сравнению с 2003 г. не произошло.

Для оценки социальных потерь, как уже было показано выше, в российских условиях целесообразнее всего использовать базу данных о смертности населения, ежегодно обновляемую Госкомстатом в каждом субъекте РФ. Территориальная компьютерная база данных об умерших в течение года позволяет использовать в качестве показателя социальной эффективности здравоохранения показатель потенциально потерянных лет жизни. При сравнении социально-экономического ущерба от преждевременной смертности в муниципальных образованиях он служит индикатором работы органов власти и системы здравоохранения по охране здоровья населения. Методика может использоваться руководством крупных промышленных предприятий при выработке решений по развитию социальной инфраструктуры для работников и мер по профилактике заболеваний, наносящих наибольший экономический ущерб предприятию.

Использовать другие измерители социальной эффективности в российских условиях затруднительно, т.к. единых компьютерных систем учета инвалидности и временной нетрудоспособности на уровне субъекта Федерации нет, а корректировка оценки ущерба здоровью с помощью методики DALY (Disability Adjusted Life Years) требует дополнительной демографической информации и специальных крупномасштабных исследований среди населения и врачей, поэтому ее использование нецелесообразно.

В качестве базового значения для анализа, согласно рекомендациям ВОЗ, лучше всего использовать показатель продолжительности жизни, равный 65 годам. Но в каждом субъекте РФ этот показатель может быть задан самостоятельно, исходя из территориальной статистики. Доказано, что при этом конечный результат расчетов будет меняться незначительно¹.

Показатель ПППЖ рассчитывается для случаев смерти в целом, а также смертности от отдельных заболеваний или их групп, что позволяет установить приоритеты здравоохранения территории.

Собранная по приведенной выше методике информация о преждевременной смертности населения представляет из себя компьютерную базу данных, структурированную в разрезе:

- муниципальных образований;
- классов болезней по МКБ-10;
- групповых диагнозов по МКБ-10 (шифр диагноза без точки);
- конкретных диагнозов по МКБ-10 (шифр с точкой).

Выходные данные, которые могут быть получены за счет базы данных о преждевременной смертности для анализа:

1. Структура социальных потерь в разрезе классов болезней, групповых диагнозов, отдельных заболеваний в целом по субъекту РФ и в отдельности в каждом муниципальном образовании. Соответствующий анализ в большей степени нужен для оценки не просто смертности, а смертности населения в молодом и трудоспособном возрастах, т.е. экономических потерь от преждевременной смертности. Разумеется, деятельность учреждений здравоохранения корректнее оценивать в терминах предотвращенных потерь. Однако из-за отсутствия статистической информации целесообразнее использовать только данные о потерях вследствие преждевременной смертности.

¹ Ермаков С.П., Дуганов М.Д., Макеев А.Н., Колинько А.А. Финансовый макроанализ в здравоохранении (рекомендации по использованию на региональном и муниципальном уровнях). – М., 2000. – С. 41.

Основные результаты расчета показателя ПППЖ за период 2000 – 2004 гг. на территории Вологодской области представлены в *прил. 15*. Для проведения финансового макроанализа важны не столько абсолютные значения ПППЖ по классам и по диагнозам, сколько относительные величины, выраженные в потенциально потерянных годах жизни в расчете на 1 тыс. населения (*табл. 3.6*).

Таблица 3.6. Показатели ПППЖ по классам болезней в Вологодской области (2004 г.)

Код	Классы болезней	Кол-во смертей	Сумма ПППЖ	ПППЖ на 1 случай	ПППЖ на 1000 жителей
19	Травмы, отравления, другие последствия воздействия внешних причин	3 708	74 939	20,21	59,93
9	Болезни системы кровообращения	13 171	42 524	3,23	34,01
11	Болезни органов пищеварения	1 511	21 903	14,50	17,52
2	Новообразования	2 648	12 724	4,81	10,18
10	Болезни органов дыхания	923	9 981	10,81	7,98
18	Симптомы, отклонения от нормы, выявленные при клин. и лаб. исследованиях	1 365	7 492	5,49	5,99
16	Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде	83	5 168	62,27	4,13
1	Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	188	3 757	19,98	3,00
17	Врожденные аномалии, деформации и хромосомные нарушения	65	3 304	50,83	2,64
6	Болезни нервной системы	150	2 610	17,40	2,09
5	Психические расстройства и расстройства поведения	68	1 017	14,96	0,81
14	Болезни мочеполовой системы	109	891	8,17	0,71
4	Болезни эндокринной системы, расстройства питания, нарушения обмена веществ	114	738	6,47	0,59
15	Беременность, роды и послеродовой период	6	219	36,50	0,18
12	Болезни кожи и подкожной клетчатки	18	225	12,50	0,18
13	Болезни костно-мышечной системы	20	156	7,80	0,12
3	Болезни крови, кроветворных органов, нарушения, вовлекающие иммунный механизм	14	74	5,29	0,06
21	Факторы, влияющие на состояние здоровья населения	0	0	0	0,00
20	Внешние причины заболеваемости и смертности	0	0	0	0,00
7	Болезни глаза и его придаточного аппарата	0	0	0	0,00
8	Болезни уха и сосцевидного отростка	0	0	0	0,00
	<i>Итого/Среднее</i>	<i>24 161</i>	<i>187 722</i>	<i>14,34</i>	<i>7,15</i>

В 2004 г. наиболее высокие социальные потери (сумма ПППЖ) по всем причинам смерти регистрировались среди населения в возрасте от 25 до 59 лет (т.е. в трудоспособном возрасте) – 580738 лет. Причем структура социальных потерь в различных возрастных группах выглядит по-разному: так, среди детей, подростков и представителей возрастной группы от 20 до 59 лет первое ранговое место заняли

потери в связи со смертностью от травм и отравлений; среди лиц старше 65 лет – от заболеваний сердечно-сосудистой системы. На втором месте оказалась смертность детей от заболеваний органов дыхания, представителей возрастной группы от 20 до 59 лет – от заболеваний сердечно-сосудистой системы, группы лиц от 15 до 19 лет и 65 лет и старше – от новообразований. Среди лиц мужского пола почти во всех возрастных группах (за исключением категории от 75 до 79 лет) сумма ПППЖ была больше, чем среди представительниц женского пола, во всех аналогичных возрастных группах.

2. Данные о социальных потерях, выраженных в ПППЖ на душу населения, в разрезе муниципальных образований могут быть использованы для ранжирования муниципалитетов по степени эффективности мероприятий местной власти по охране здоровья. Ведущей причиной социальных потерь от преждевременной смертности в целом в РФ и в большинстве субъектов и муниципальных образований является смертность от травм, отравлений и воздействия внешних факторов. Внутри этого класса, как правило, пять первых мест занимают не управляемые системой здравоохранения причины – самоубийства, убийства, утопления, отравления алкоголем, угар на пожаре. Смертность от этих причин коррелируется с распространенностью алкоголизации населения, особенно мужского, а также с низким уровнем готовности социальных и психологических служб прийти на помощь человеку, оказавшемуся в критической ситуации. Поэтому посредством показателя ПППЖ оцениваются действия местной власти в сфере повышении уровня жизни населения, снижения безработицы, отвлечения от пьянства и борьбы с наркоманией и преступностью, сохранения экологически чистой среды и т.д. Система здравоохранения (органы управления и учреждения здравоохранения) в этом смысле лишь часть (хотя и наиболее активная) общей системы охраны здоровья населения.

Показатель ПППЖ позволяет объективно оценивать состояние системы охраны здоровья в каждом отдельном муниципальном образовании Вологодской области (табл. 3.7). В западных муниципальных образованиях области этот показатель в 2004 г. был в 1,8 раза выше, чем в восточных (максимальное значение имел Чагодощенский район, минимальное – Великоустюгский). Подобная ситуация повторяется на протяжении всего периода наблюдения.

**Таблица 3.7. Показатели ПГПЖ по муниципальным образованиям
Вологодской области (2004 г.)**

Код	Муниципальное образование	Население	Кол-во смертей	Сумма ПГПЖ	ПГПЖ на 1 случай	ПГПЖ на 1000 жителей
22	Чагодощенский район	15 100	410	2 994	7,30	198,28
23	Череповецкий район	40 200	1002	7 633	7,62	189,88
8	Вытегорский район	31 100	754	5 904	7,83	189,84
1	Бабаевский район	24 400	628	4 610	7,34	188,93
3	Белозерский район	20 800	469	3 844	8,20	184,81
14	Никольский район	26 000	619	4 727	7,64	181,81
16	Сямженский район	10 300	226	1 859	8,23	180,49
11	Кирилловский район	18 400	418	3 206	7,67	174,24
15	Нюксенский район	11 600	222	1 931	8,70	166,47
24	Шекснинский район	35 600	654	5 904	9,03	165,84
21	Харовский район	19 900	470	3 241	6,90	162,86
6	Вожегодский район	18 600	441	2 951	6,69	158,66
10	Кадуйский район	18 200	374	2 826	7,56	155,27
9	Грязовецкий район	40 500	839	6 273	7,48	154,89
20	Устюженский район	21 100	577	3 243	5,62	153,70
2	Бабушкинский район	14 500	308	2 160	7,01	148,97
27	Сокольский район	56 300	982	8 216	8,37	145,93
25	г. Вологда	297 500	4 998	42 156	8,43	141,70
18	Тотемский район	26 200	514	3 655	7,11	139,50
4	Вашкинский район	9 800	242	1 333	5,51	136,02
13	Междуреченский район	7 500	153	994	6,50	132,53
17	Тарногский район	15 100	292	1 986	6,80	131,52
28	г. Череповец	310 100	4 818	40 314	8,37	130,00
5	Верховажский район	16 200	327	2 042	6,24	126,05
19	Усть-Кубинский район	9 300	220	1 148	5,22	123,44
7	Вологодский район	50 300	954	6 008	6,30	119,44
12	Кичм.-Городецкий район	21 800	479	2 405	5,02	110,32
26	Великоустюгский район	64 100	864	6 885	7,97	107,41
	<i>Итого/Среднее:</i>	<i>1 250 500</i>	<i>23 254</i>	<i>180 448</i>	<i>7,24</i>	<i>153,53</i>

Сохраняется значительная неравномерность распределения затрат на душу населения по районам области (табл. 3.8). Различия составляют несколько раз, что связано:

- с неодинаковыми возможностями доходной базы местных бюджетов;
- с уровнем развития сети учреждений здравоохранения в районах;
- со значительной дифференциацией объемов средств целевых программ, направляемых в районы и с неравными возможностями использования областных стационаров для лечения больных из районов и городов.

Использование баз данных в системе обязательного медицинского страхования и распределение расходов бюджета при помощи специальной методики позволили провести анализ затрат по

Таблица 3.8. Расходы на здравоохранение по муниципальным образованиям Вологодской области из всех источников финансирования (2004 г.)

Муниципальное образование	Всего расходов из всех источников по районам	Сумма на 1 чел. (руб.)
г. Череповец	1 311 083,52	4 210,72
г. Вологда	1 168 074,86	3 893,99
Вашкинский	38 278,19	3 858,30
Усть-Кубинский	32 918,60	3 518,82
Междуреченский	26 457,96	3 502,97
Сямженский	36 028,96	3 479,71
Вологодский	170 312,65	3 371,13
Кирилловский	60 281,98	3 262,01
Великоустюгский	205 521,57	3 169,09
Сокольский	180 556,01	3 155,14
Нюксенский	36 724,63	3 148,55
Харовский	63 072,32	3 113,61
Тарногский	46 406,95	3 044,08
Вожегодский	56 605,49	3 004,86
Тотемский	77 806,33	2 957,74
Кичм.-Городецкий	61 892,50	2 814,96
Шекснинский	99 801,79	2 789,86
Бабушкинский	41 078,98	2 781,62
Грязовецкий	114 235,07	2 777,55
Белозерский	57 346,02	2 699,91
Чагодощенский	41 210,48	2 677,74
Верховажский	43 062,52	2 650,00
Бабаевский	63 908,53	2 586,03
Устюженский	53 760,91	2 512,43
Вытегорский	77 190,73	2 453,61
Никольский	61 209,74	2 333,93
Кадуйский	39 665,94	2 158,22
Череповецкий	67 318,70	1 658,30
<i>Итого по области</i>	<i>4 331 811,94</i>	<i>3 434,63</i>

классам болезней и отдельно по каждому из диагнозов МКБ-10. В 2003 г. на первом месте по затратам находился класс болезней пищеварения, на втором – органов дыхания, на третьем – системы кровообращения, на четвертом – психические расстройства, на пятом – факторы влияющие на здоровье населения. На этих пяти классах сосредоточено более половины затрат (56,2%). В 2002 г. первое место по затратам занимали заболевания органов кровообращения, второе – болезни органов дыхания, третье – органов пищеварения, четвертое – травмы и отравления, пятое – инфекционные заболевания.

Пятерка наиболее затратных в 2002, 2003 и 2004 гг. заболеваний представлена в *таблице 3.9*. В 2004 г. расходы на эти заболевания составили 2,4 млрд. руб. или 67,32% в структуре всех расходов (*прил. 14*).

Таблица 3.9. Структура затрат по классам болезней и по каждому из диагнозов МКБ-10

Год	Место				
	1	2	3	4	5
2002	Заболевания системы кровообращения	Болезни органов дыхания	Болезни органов пищеварения	Травмы и отравления	Инфекционные заболевания
2003	Болезни органов пищеварения	Болезни органов дыхания	Заболевания системы кровообращения	Психические расстройства	Факторы, влияющие на здоровье населения
2004	Заболевания системы кровообращения	Психические расстройства	Инфекционные заболевания	Болезни органов дыхания	Новообразования

Из конкретных нозологических единиц в расчете на душу населения (не следует путать с расчетом на одного больного) наиболее затратными являются:

➤ В классе болезней органов кровообращения: **(I 20)** – стенокардия; **(I 10)** – эссенциальная или первичная гипертензия; **(I 67)** – цереброваскулярная болезнь (соответственно 128; 110,5; 107; 106 и 64,4 руб. на душу населения).

➤ В классе болезней психические расстройства и расстройства поведения: **(F 20)** – шизофрения (184,9 рубля на душу населения); **(F 10)** – психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя (102,4); **(F 06)** – психические расстройства, обусловленные повреждением и дисфункцией головного мозга (59,3); **(F 32)** – депрессивный эпизод (46,3); **(F 79)** – умственная отсталость (41,6).

➤ В классе инфекционных и паразитарных болезней: **(A 15)** – туберкулез органов дыхания (121,8), **(A 18)** – туберкулез других органов (17,4), **(B 90)** – последствия туберкулеза (10,4), **(A 19)** – милиарный туберкулез (8,2).

➤ В классе болезней органов дыхания: **(J 44)** – хроническая обструктивная легочная болезнь, **(J 18)** – пневмония, **(J 42)** – хронический бронхит, **(J 45)** – астма, соответственно: 54,6; 23,8; 18,7; 15,1; 14,8 руб. на душу населения.

➤ В классе новообразований: (С 34) – злокачественные новообразования бронхов и легкого (17,4); (С 50) – злокачественные новообразования молочной железы (15); (С 16) – злокачественные новообразования желудка (12,8); (С 44) – злокачественные новообразования кожи (10,5); (С 18) – злокачественные новообразования ободочной кишки (8,9).

В 2004 г. в целом по области десятка наиболее затратных диагнозов на душу населения выглядела следующим образом:

1. F 20 – шизофрения (184,9 руб.);
2. I 20 – стенокардия (128,04 руб.);
3. I 10 – первичная гипертензия (110,49 руб.);
4. I 67 – другие цереброваскулярные болезни (107,01 руб.);
5. I 25 – хроническая ишемическая болезнь сердца (106,02 руб.);
6. F 10 – психические расстройства, вызванные употреблением алкоголя (102,36 руб.);
7. A 15 – туберкулез органов дыхания (89,44 руб.);
8. I 63 – инфаркт мозга (64,42 руб.);
9. E 11 – инсулинонезависимый сахарный диабет (59,6 руб.);
10. F 06 – психические расстройства, обусловленные повреждением и дисфункцией головного мозга (59,25 руб.).

В основном это заболевания из класса болезней органов кровообращения, психических расстройств и расстройств поведения, а также из класса инфекционных и болезней эндокринной системы.

3.4. Анализ «затраты – результативность»

Полученные базы данных о финансовых затратах (выраженных в рублях на 1 тыс. чел. населения по МКБ-10) и о социальных потерях (выраженных в потенциально потерянных годах жизни на 1 тыс. чел. населения по МКБ-10) могут быть использованы для проведения классического экономического анализа по методу «затраты – результативность». При проведении анализа рекомендуется использовать **технический индекс «стоимость – эффективность»**. Индекс выводится как соотношение затрат в рублях к потерям в ПППЖ. Значения индекса ниже среднего следует теоретически оценивать как показатель более эффективной работы системы здравоохранения, а значения индекса выше среднего – как показатели менее эффективной деятельности (табл. 3.10).

Таблица 3.10. Технический индекс «стоимость – эффективность» по классам заболеваний (Вологодская область; 2004 год)

Код	Наименование класса	Затраты	Кол-во смертей	Сумма ПГПЖ	ПГПЖ на 1случай	Затраты на ПГПЖ
<i>Деятельность учреждений здравоохранения более эффективна</i>						
7	Болезни глаза и его придаточного аппарата	166 799 468,4	0	0	0,00	0,00
21	Факторы, влияющие на состояние здоровья населения	7 019 350,25	0	0,00	0,00	0,00
8	Болезни уха и сосцевидного отростка	16 894 960,44	0	0,00	0,00	0,00
20	Внешние причины заболеваемости и смертности	945 892,76	0	0,00	0,00	0,00
18	Симптомы, отклонения от нормы, выявленные при клин. и лаб. исследованиях	11 535 396,89	1 365	7 492,00	5,49	1 539,70
19	Травмы, отравления, др. последствия воздействия внешних причин	117 589 070,1	3 708	74 939,00	20,21	1 569,13
17	Врожденные аномалии, деформации и хромосомные нарушения	10 645 240,31	65	3 304,00	50,83	3 221,93
16	Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде	30 217 886,56	83	5 168,00	62,27	5 847,11
11	Болезни органов пищеварения	192 801 606,7	1511	21 903,00	14,50	8 802,52
	<i>Итого по 9 классам / Среднее по 9 классам</i>	<i>617 624 872,3</i>	<i>6 732</i>	<i>112 806,00</i>	<i>17,03</i>	<i>2 331,15</i>
	<i>Итого/Среднее по 21 классу</i>	<i>3 631 705 038</i>	<i>24 161</i>	<i>187 722</i>	<i>14,34</i>	<i>138 822,15</i>
<i>Деятельность учреждений здравоохранения менее эффективна</i>						
6	Болезни нервной системы	38 666 959,31	150	2 610,00	17,40	14 814,93
2	Новообразования	215 163 704,6	2 648	12 724,00	4,81	16 910,07
9	Болезни системы кровообращения	923 325 044	13 171	42 524,00	3,23	21 713,03
10	Болезни органов дыхания	233 334 622,5	923	9 981,00	10,81	23 377,88
1	Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	252 525 717,5	188	3 757,00	19,98	67 214,72
4	Болезни эндокринной системы, расстройства питания, нарушения обмена веществ	113 424 739,3	114	738,00	6,47	153 692,06
15	Беременность, роды и послеродовой период	36 054 547,34	6	219,00	36,50	164 632,64
3	Болезни крови, кроветворных органов, нарушения, вовлек. иммунный механизм	12 780 311,64	14	74,00	5,29	172 706,91
14	Болезни мочеполовой системы	156 727 379,5	109	891,00	8,17	175 900,54
12	Болезни кожи и подкожной клетчатки	40 367 552,41	18	225,00	12,50	179 411,34
5	Психические расстройства и расстройства поведения	820 568 447,9	68	1017,00	14,96	806 851,96
13	Болезни костно-мышечной системы	171 141 140	20	156,00	7,80	1 097 058,59
	<i>Итого по 12 классам / Среднее по 12 классам</i>	<i>3 014 080 166</i>	<i>17 429</i>	<i>74 916,00</i>	<i>12,33</i>	<i>241 190,39</i>

Просто механически свести затраты и потери в некий индекс будет ошибкой, т.к. важны, как мы уже показывали ранее, не столько абсолютные значения затрат и потерь, сколько относительные величины этих показателей, а именно: затраты на душу населения и потери на 1 тыс. чел. Точка пересечения двух дихотомических шкал – «потери» и «затраты» – определяется либо как среднеарифметическое значение для однородных показателей, либо как средняя строка в таблице классов болезней (11 строка в перечне 21 класса болезней).

Варианты интерпретаций технического индекса

Существует **четыре варианта интерпретации технического индекса** (табл. 3.11). Высокие относительные затраты при высоких относительных потерях характеризуют ситуацию как неэффективное использование ресурсов с точки зрения предупреждения преждевременной смертности, низкие затраты при высоких потерях – как нехватку ресурсов, требующую дополнительного финансирования. Дополнительные ресурсы при этом не обязательно должны быть направлены в систему здравоохранения. Это может быть и социальная или производственная сфера, в зависимости от того, какие мероприятия дадут максимальный эффект по предупреждению или уменьшению преждевременной смертности. Высокие затраты при относительно низких потерях должны оцениваться как избыток средств. При этом возможно перераспределение ресурсов внутри системы здравоохранения на лечение других классов болезней либо с затратных видов помощи, таких, как стационарная, на более дешевые виды помощи – профилактическую медицину или дневные стационары. И наконец, низкие затраты при низких потерях характеризуют ситуацию как реально эффективную с точки зрения предупреждения преждевременной смертности. Актуальность дополнительных ресурсных вложений возрастает при уменьшении

Таблица 3.11. Варианты технического индекса «стоимость – эффективность»

		Затраты	
		<i>Высокие</i>	<i>Низкие</i>
Социальные потери (ПГПЖ)	Высокие	1. Затраты неэффективны	2. Нехватка ресурсов – дополнительное финансирование: - здравоохранение - социальная сфера - производственная сфера
	Низкие	3. Избыток ресурсов – перераспределение ресурсов: - другие виды заболеваний - меры профилактики	4. Реальная эффективность

технического индекса, а увеличение технического индекса свидетельствует о необходимости повышения эффективности мер по охране здоровья населения.

Выводы справедливы для территорий со сходной структурой и частотой заболеваемости и смертности от основных причин смерти, но не для различающихся территорий и, тем более, учреждений здравоохранения внутри территории. При рассмотрении социальных потерь вследствие преждевременной смертности данный подход лишь частично применим к заболеваниям, последствия которых для населения различны. Критерий преждевременной смертности нельзя использовать при сравнении социального ущерба от болезней кровообращения (высокая смертность), сахарного диабета (средний уровень смертности в сочетании с высоким уровнем снижения трудоспособности больных) и болезней уха и глаза (редкие случаи смерти при высоком уровне снижения трудоспособности).

Таблица 3.12. Макроанализ по классам заболеваний за 2004 год

		Затраты	
		Высокие	Низкие
Социальные потери (ПГПЖ)	Высокие	Болезни органов дыхания – 23,38 Болезни системы кровообращения – 21,71 Новообразования – 16,91 Болезни органов пищеварения – 8,80	Травмы и отравления – 1,57
	Низкие	Некоторые инфекционные и паразитарные болезни – 67,21 Психические расстройства и расстройства поведения – 806,85	Болезни глаза и его придаточного аппарата – 0 Факторы, влияющие на состояние здоровья населения – 0 Болезни уха и сосцевидного отростка – 0 Внешние причины заболеваемости и смертности – 0 Симптомы, отклонения от нормы, выявленные при клин. и лаб. исследованиях – 1,54 Врожденные аномалии, деформации и хромосомные нарушения – 3,22 Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде – 5,85 Болезни нервной системы – 14,81 Болезни эндокринной системы, расстройства питания, нарушения обмена веществ - 153,69 Беременность, роды и послеродовой период – 164,63 Болезни мочеполовой системы – 175,90 Болезни кожи и подкожной клетчатки – 179,41 Болезни крови, кроветворных органов, нарушения, вовлекающие иммунный механизм – 172,71 Болезни костно-мышечной системы – 1097,06

Анализ по классам болезней

Финансовый макроанализ, проведенный по классам болезней (табл. 3.12), показывает, что затраты неэффективны при лечении болезней органов дыхания (технический индекс равен 23,38), системы кровообращения (21,71), новообразований (16,91), болезней органов пищеварения (8,80). При этом наиболее высокое значение технического индекса отмечается в классе болезней органов дыхания (23,38) и кровообращения (21,71). В этих классах следует принимать меры как по рациональному использованию финансовых средств, так и по устранению социальных факторов, приводящих к преждевременной смертности. Низкие значения технического индекса в классах новообразований (16,91) и болезней органов пищеварения (8,80) характеризуют ситуацию как реально приближающуюся к эффективной.

В классах некоторых инфекционных и паразитарных болезней (67,21), а также психических расстройств и расстройств поведения (806,85), где отмечается избыток ресурсов, следует изменять подходы к лечению. Требуется удешевление медицинской помощи за счет применения мер первичной профилактики и пропаганды здорового образа жизни. Недостаток ресурсов отмечается в классе травм и отравлений (1,57). Здесь следует наращивать инвестиции, прежде всего в обеспечение службы скорой помощи и реанимационных отделений.

Анализ по муниципальным образованиям

Финансовый макроанализ в муниципальных образованиях области (см. цв. вклейку; рис. 3.3) позволяет оценить деятельность системы охраны здоровья как неэффективную в Нюксенском (технический индекс равен 19,55) Харовском (15,71), Кирилловском (15,20), Вожегодском (13,38), Белозерском (11,92), Сямженском (11,63) районах.

Избыток ресурсов отмечается в Череповце (технический индекс составил 23,55), Великоустюгском (21,50), Усть-Кубинском (20,74), Кичменгско-Городецком (19,01), Междуреченском (18,80) и Вашкинском (18,32) районах. Во всех вышеназванных муниципальных образованиях неэффективность системы здравоохранения объясняется избыточными коечными мощностями стационаров, а также отчасти нерациональным использованием дорогостоящей скорой медицинской помощи. Именно в этих районах требуется первоочередная реструктуризация стационарной помощи на более дешевую стационарзамещающую.



Социальные потери (ПГЖ)		Высокие затраты				Низкие затраты			
Высокие	Высокие	Нюксенский район	19,55	Вожегодский район	13,38	Устюженский район	12,73	Череповецкий район	10,05
		Харовский район	15,71	Белозерский район	11,92	Кадуйский район	12,17	Грязовецкий район	9,24
		Кирилловский район	15,20	Сямженский район	11,63	Шекснинский район	11,25	Вытегорский район	8,84
	Низкие	Вашкинский район	18,32	Усть-Кубинский район	20,74	Вологодский район	8,40	Верховажский район	13,08
		Междуреческий р-н	18,80	Великоустюгский р-н	21,50	Сокольский район	12,10	Бабушкинский район	13,90
		Кичм.-Городецкий р-н	19,01	г. Череповец	23,55	Тотемский район	12,56	Тарногский район	14,67
		г. Вологда		г. Вологда	12,72				

Рис. 3.3. Ранжирование муниципальных образований Вологодской области по результатам финансового макроанализа за 2004 г. (индекс)



Социальные потери (ПГПЖ)		Высокие затраты				Низкие затраты			
Социальные потери (ПГПЖ)	Высокие	Междуреческий р-н	1,49	Белоозерский район	1,25	Тотемский район	0,98	Никольский район	0,75
		Кирилловский район	1,44	Бабушкинский район	1,22	Череповецкий район	0,97	Сямженский район	0,70
						Кадуйский район	0,93	Вытегорский район	0,64
						Харовский район	0,81		
	Низкие	Шекснинский район	1,39	г. Вологда	1,73	Вологодский район	0,88	Сокольский район	1,35
		Нюксенский район	1,56	Усть-Кубинский район	1,81	Верховажский район	0,90	Кичм.-Городецкий р-н	1,68
		Устюженский район	1,62	Вашкинский район	2,20	Грязовецкий район	0,93	Великоустюгский р-н	1,79
		Вожегодский район	1,63	г. Череповец	2,68	Тарногский район	1,13	Чагодощенский район	2,36
				Бабаевский район	1,30				

Рис. 3.4. Ранжирование муниципальных образований Вологодской области по результатам макроанализа в классе травм и отравлений за 2004 г. (индекс)



Социальные потери (ППЖ)		Высокие затраты				Низкие затраты			
		Высокие	Кирилловский район	20,03	Белозерский район	15,29	Устюженский район	16,28	Вытегорский район
		Тарногский район	19,22	Вожегодский район	12,65	Череповецкий район	15,90	Чагодощенский район	6,13
		Харовский район	18,28	Бабаевский район	9,57				
		Вашкинский район	17,81						
Низкие		Кадуйский район	22,55	Нюксенский район	29,79	Грязовецкий район	13,43	Тотемский район	21,10
		Усть-Кубинский район	25,30	Бабушкинский район	52,56	Вологодский район	13,61	Великоустюгский р-н	24,79
		Шекнинский район	25,75	Междуреческий р-н	53,26	Никольский район	19,96	Кичм.-Городецкий р-н	26,40
		г. Череповец	29,42			Сокольский район	20,73	Верховажский район	27,01
						Сямженский район	21,03	г. Вологда	30,06

Рис. 3.5. Ранжирование муниципальных образований Вологодской области по результатам макроанализа в классе болезней системы кровообращения за 2004 г. (индекс)



Социальные потери (ПГПЖ)		Высокие затраты				Низкие затраты			
		Великоустюгский р-н	11,76	г. Вологда	8,71	Верховажский район	14,98	Череповецкий район	5,52
Высокие		Устюженский район	12,72	Сокольский район	5,48	Чагодощенский район	10,73	Шекснинский район	5,21
		Грязовецкий район	6,87	г. Череповец	4,82	Вологодский район	10,06	Вытегорский район	28,25
Низкие		Кичм.-Городецкий р-н	28,72	Нюксенский район	42,41	Бабаяевский район	16,62	Тарногский район	28,68
		Кирилловский район	29,27	Междуреченский р-н	71,07	Харовский район	21,08	Вожегодский район	73,21
		Усть-Кубинский район	30,97	Бабужинский район	82,48	Тотемский район	12,56		
		Никольский район	34,17	Сямженский район	114,23				
		Кадуйский район	35,21	Вашкинский район	141,12				
	Белозерский район	40,32							

Рис. 3.6. Ранжирование муниципальных образований Вологодской области по результатам макроанализа в классе болезней органов пищеварения за 2004 г. (индекс)

При помощи компьютерной программы «Финздрав» можно анализировать ситуацию внутри каждого класса болезней и внутри каждого муниципального образования (см. цв. вклейку; рис. 3.4). Так, например, в классе травм и отравлений таким муниципальным образованиям, как Череповец (технический индекс – 2,68), Вашкинский (2,20), Усть-Кубинский районы (1,81), Вологда (1,73), следует акцентировать внимание на уменьшении затрат путем улучшения работы первичного звена и снижения затрат на скорую и неотложную помощь. В Тотемском (0,98), Череповецком (0,97), Кадуйском (0,93), Харовском (0,81), Никольском (0,75), Сямженском (0,70), Вытегорском (0,64) районах необходимо провести профилактические мероприятия по снижению социальных потерь от преждевременной смертности. В ряде муниципальных образований, например в Междуреченском (1,49), Кирилловском (1,44) Белозерском (1,25) Бабушкинском (1,22) районах, требуется принимать меры с целью уменьшения затрат и одновременно развития первичной профилактики, анализа больничной летальности, учебы персонала, чтобы уменьшить потери от преждевременной смертности и улучшить качество скорой и неотложной помощи. В Вологодском (0,88), Верховажском (0,90), Грязовецком (0,93) Гарногском (1,13), Бабаевском (1,30), Сокольском (1,35) районах соотношение социальных потерь и затрат по классу травм и отравлений наиболее оптимально. Технический индекс расположен в зоне эффективности.

При проведении макроанализа внутри самого класса травм и отравлений (прил. 16) выясняется, что затраты наиболее высоки при переломах бедренной кости (технический индекс равен 561,74); термических и химических ожогах туловища (56,29); открытой ране голени (22,33); при термических ожогах большой площади пораженной поверхности тела (17,58); переломах пояснично-крестцового отдела позвоночника и костей таза (6,01) и др.

Следует обратить внимание на меры по профилактике и снижению летальности от внутричерепных травм (1,67), травм органов грудной полости (1,22), переломов, захватывающих несколько областей тела (0,61), и токсического действия алкоголя (0,16).

В классе болезней кровообращения (см. цв. вклейку; рис. 3.5) таким муниципальным образованиям, как Междуреченский (технический индекс 53,26), Бабушкинский (52,56), Нюксенский районы (29,79), Череповец (29,42), Шекснинский (25,75), Усть-Кубинский (25,30), Кадуйский районы (22,55), необходимо акцентировать внимание на уменьшении затрат в данном классе путем развития дневных стационаров кардиологического (терапевтического) профиля.

В Устюженском (16,28), Череповецком (15,90), Вытегорском (8,93), Чагодощенском (6,13) районах целесообразно провести профилактические мероприятия для снижения социальных потерь от преждевременной смертности, а также уделить внимание улучшению медицинской помощи населению (внедрение более эффективных методов лечения, повышение квалификации медицинского персонала и т.д.) для снижения летальности от патологии органов сердечно-сосудистой системы.

В Вологде (30,06), Верховажском (27,01), Кичменгско-Городецком (26,40), Великоустюгском (24,79) районах требуется принимать меры по реструктуризации стационарных коек терапевтического профиля с целью уменьшения затрат и по развитию первичной профилактики, анализу больничной летальности, учебе персонала с целью уменьшения потерь от преждевременной смертности. Часть муниципальных образований, например, Грязовецкий (13,43), Вологодский (13,61) и Никольский (19,96) районы, в классе заболеваний сердечно-сосудистой системы приближаются к зоне оптимальной эффективности.

Если провести макроанализ внутри самого класса болезней кровообращения (*прил. 17*), выясняется, что при таких диагнозах, как гипертензивная энцефалопатия (технический индекс составляет 202,94), атеросклероз конечностей (307,51), стенокардия (627,91), следует думать о замене стационарной помощи более дешевой амбулаторной или дневными стационарами. Стоит обратить внимание на меры по профилактике и снижению летальности от острых инфарктов сердца и головного мозга. При диагнозах первичная гипертензия (204,46), церебральный атеросклероз (111,09), хроническая ИБС (7,95) необходимо удешевлять медицинскую помощь путем переноса акцента в первичное звено, усиливая профилактику, одновременно принимая меры социального характера по снижению потерь от преждевременной смертности.

В классе болезней органов пищеварения (*см. цв. вклейку; рис. 3.6*) наиболее нерациональное использование средств наблюдалось в Вашкинском (технический индекс равен 141,12), Сямженском (114,23), Бабушкинском (82,48), Междуреченском (71,07), Нюксенском (42,41) и Белозерском (40,32) районах. В зоне эффективности расходования средств при лечении болезней системы пищеварения находились следующие районы: Вологодский (10,06), Бабаевский (16,62), Харовский (21,08).

В разрезе диагнозов (*прил. 18*) нерациональное использование средств наблюдалось при лечении холецистита (технический индекс составил 155,15), грыжи передней брюшной стенки (149,81), гастрита и дуоденита (103,85), желчекаменной болезни (холелитиаз; 70,54), острого аппендицита (94,04), язвы двенадцатиперстной кишки (71,82).

В то же время необходимо увеличить финансирование лечения таких заболеваний, как фиброз и цирроз печени (технический индекс равен 2,68), токсическое поражение печени (0,08), алкогольная болезнь печени (0,05), поскольку здесь фиксируются наиболее высокие социальные потери (за счет высокой летальности населения относительно молодого возраста – от 25 до 50 лет) и низкие материальные затраты.

3.5. Использование оценки эффективности расходов на здравоохранение в бюджетном процессе

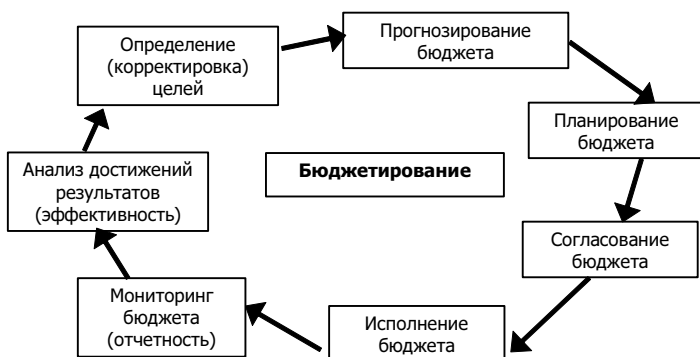
Бюджетный процесс носит циклический характер и представляет собой систему взаимосвязанных процедур подготовки и принятия управленческих решений. В нем выделяются следующие основные этапы:

- прогнозирование бюджета, включая прогноз социально-экономического развития страны и субъекта РФ;
- планирование бюджета, в т.ч. планирование объемов медицинской помощи и финансовое планирование;
- согласование и утверждение бюджета;
- исполнение бюджета (финансирование социальной политики);
- мониторинг и контроль за исполнением бюджета (в системе ОМС – еще и контроль за выполнением объемов медицинской помощи);
- анализ достижения результатов (в настоящее время при традиционном планировании и исполнении бюджета под этим имеется в виду освоение выделенных средств);
 - определение (или корректировка) целей будущего бюджетного цикла, в том числе стратегическое планирование.

Ниже представлена схема (*рис. 3.7*), отображающая хронологический порядок реализации бюджетных процедур.

В практике создания бюджета отрасли здравоохранения в настоящее время самая существенная роль принадлежит этапам планирования и согласования бюджета, т.к. именно на этих этапах

Рис. 3.7. Управленческий цикл при создании бюджета



планируются объемные показатели работы учреждений здравоохранения и согласовывается с финансовыми органами размер финансовых средств, которые будут даны на реализацию этих планов. При этом прогнозные показатели учитываются не в полной мере или вовсе игнорируются (например, не проводится индексация расходов на горюче-смазочные материалы в связи с инфляцией, не учитывается кредиторская задолженность прошлых периодов и т.д.). Поскольку в настоящее время бюджеты создаются финансовыми органами не под цели и задачи, а только исходя из достигнутого уровня доходной базы, то все целевые программы, которые были приняты до процедуры согласования бюджета, подлежат корректировке под выделенные финансы. Т.е. в процессе создания бюджета перед органами управления здравоохранения ставится задача не достижения определенных результатов, а задача «вписаться» в выделенное отрасли финансирование. При этом инициатива руководителей органов управления здравоохранения и руководителей учреждений здравоохранения гасится принципом содержания учреждений, не зависящего от результата деятельности, и экономия финансовых средств в конце года не остается в распоряжении учреждений, а изымается. Более того, «не исполненный» вследствие экономии бюджет ставится в вину органам управления здравоохранения и является основанием для финансовых органов не рассматривать дальнейшее увеличение финансирования отрасли (по принципу «и так хватает»).

Очевидно, что при внедрении принципов бюджетирования, ориентированного на результат, бюджетный цикл должен быть акцентирован и, по сути, начинаться с определения целей и задач

отрасли, достижения общественного согласия по отношению к результирующим показателям. После того как стратегические цели определены и поддержаны активным большинством общества, можно выстраивать «дерево» тактических целей, которые и ложатся в основу разработки прогноза. На этом этапе органам управления здравоохранения необходимо «защитить» правильность своего прогноза перед комиссией, состоящей из представителей не только исполнительной власти, но и законодательной, а также представителей общественности. Лишь после этого должна следовать процедура планирования необходимых для достижения целей ресурсов (кадровых, сетевых и финансовых) с преобладанием программно-целевого метода планирования. Причем и «дерево целей», и плановые показатели достижения результатов должны выстраиваться по ранжиру в порядке приоритетов. Приоритеты могут быть определены исходя из различных критериев, например уровня социально-экономического развития регионов, степени доступности услуг для разных групп населения, наличия достаточного уровня ресурсов для оказания качественной медицинской помощи.

На этапе согласования бюджета речь может идти только об одном: сколько финансовых средств будет выделено отрасли на реализацию поставленных целей (а не на содержание учреждений), и уточнение плановых показателей.

Еще одним очень важным этапом при бюджетировании, ориентированном на результат, становится этап мониторинга, т.к. бюджетная отчетность должна быть прозрачной и позволять отслеживать достижение результата при выделенном финансировании, оценивать эффективность действий органов управления (администраторов, а не главных распорядителей, как сейчас) по реализации планов и достижению результатов. Результаты деятельности отрасли при бюджетировании должны быть заранее определены обществом и являться предметом *отчета исполнительной власти перед законодательной властью и перед населением*. Для еще более прозрачной процедуры корректировки целей на будущий бюджетный цикл необходимо создавать механизм обратной связи с потребителями медицинских услуг, т.е. с населением. В этих целях необходимы широкие социальные исследования общественного мнения (социологические опросы).

Таким образом, цикл создания бюджета состоит из нескольких важных стадий, которые, взаимно дополняя друг друга, образуют непрерывный процесс: конец одного этапа означает начало другого.

Особенностями создания бюджета территориальных фондов ОМС являются следующие моменты:

- территориальная программа ОМС и в настоящее время создается на принципах БОР, в которых в качестве результата рассматривается выполнение учреждениями здравоохранения плановых объемов медицинских услуг;

- объем необходимых финансов рассчитывается от нормативных величин стоимости единицы объема медицинской помощи (т.е. существует понятие «потребность»);

- реальные тарифы финансирования ЛПУ зависят от фактического наполнения бюджета ТФ ОМС, при этом решающую роль играет размер взносов за неработающее население из бюджета субъекта РФ;

- при неполном тарифе (только пять статей затрат) и недостаточном финансировании (например, на уровне 50% от расчетной потребности по медикаментам) требования со стороны страховых организаций по улучшению качества медицинских услуг не будут реализованы в ЛПУ, т.е. переход в бюджетировании, ориентированном на результат, с уровня *показателей объемов* на уровень *показателей качества* невозможен без обеспечения одноканального финансирования по полному тарифу.

Особенностями создания Программы государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи на территории Вологодской области (далее – Программа госгарантий) являются следующие моменты:

- ⇒ процесс создания Программы госгарантий и процесс создания бюджета не увязаны между собой;

- ⇒ органы управления здравоохранения не участвуют реально в согласовании объемов финансирования муниципальных бюджетов, тем более в расчете субвенций муниципальным образованиям, в связи с чем невозможно способствовать улучшению качества медицинских услуг;

- ⇒ реально органы управления здравоохранением определяют лишь объемы медицинской помощи (т.е. объемы государственного и муниципальных заказов), но не гарантируют их финансирования.

Методика «затраты – результативность» для оценки эффективности расходов на здравоохранение на региональном и муниципальном уровнях, подробно описанная в IV разделе, может с успехом использоваться в целях создания бюджета, ориентированного на результат, на нескольких этапах бюджетного процесса:

➤ на этапе согласования общественно значимых задач и критериев результатов работы отрасли с точки зрения общества (самый важный и первый этап в бюджетном процессе, ориентированном на результат) данная методика позволяет объективно аргументировать выделение приоритетов отрасли с точки зрения уменьшения социальных потерь от преждевременной смертности, что является самым главным и желаемым результатом в целом для общества;

➤ на этапе планирования данная методика позволяет определять тактические задачи и конкретные «оцифрованные» значения достижения результатов в работе отрасли, а именно отвечает на вопросы, что нужно делать: наращивать инвестиции или развивать профилактику, т.е. добиваться удешевления; принимать меры в самой системе здравоохранения или за ее пределами по уменьшению социальных потерь;

➤ на этапе исполнения бюджета (финансирования) данная методика помогает правильно распределить финансовые потоки внутри принятых целевых программ по муниципальным образованиям, учитывая их местоположение в таблицах анализа;

➤ и наконец, в перспективе перехода на подушевое финансирование как самый прогрессивный вид финансирования отрасли данная методика позволяет достоверно точно определить величину половозрастных коэффициентов в каждом муниципальном образовании.

На территории региона результатами макроанализа были обоснованы бюджетные затраты по Программе госгарантий и областным целевым программам.

Среднее подушевое финансирование медицинской помощи населению по Программе госгарантий составило: в 2004 г. – 3435 руб. (2003 г. – 3349 руб., 2002 г. – 2408 руб., 2001 г. – 2170 руб., 2000 г. – 1767 руб.). Нарастает доля расходов системы обязательного медицинского страхования в общей структуре расходов здравоохранения (табл. 3.13).

Таблица 3.13. Структура финансирования Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на территории Вологодской области за 2000 – 2004 г.

Наименование	2000 г.	2001 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.
Структура источников, всего, в том числе млн. руб.	1 822	1 903,7	2 491,7	3 095,6	3 716,5
– бюджет	1 193,4	1 110,2	1 330,2	1 621,1	1 920,5
– ОМС	628,6	793,5	1 161,5	1 474,5	1 796,0
Структура на душу населения, в том числе, руб.	1 381,3	1 433,5	1 907,6	2 388,6	2 946,8
– бюджет	904,8	841,7	1 018,4	1 250,8	1 522,8
– ОМС	476,6	601,6	889,2	1 137,7	1 424,0

В 2004 г. финансировались из областного бюджета и успешно работали 16 областных целевых программ (ОЦП) и мероприятий в сфере здравоохранения, утвержденных Правительством области. Почти все целевые программы носят профилактический характер, что соответствует стратегии развития медицины как в России, так и за рубежом (табл. 3.14).

Таблица 3.14. Динамика финансирования областных целевых программ в Вологодской области по отрасли «Здравоохранение»

Название программ и мероприятий	2001 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.
ОЦП «Здоровый ребенок»	20,759	10,577	31,500	81,47
ОЦМ «Профилактика и лечение артериальной гипертонии»	0,087	0,235	0,250	0,250
ОЦМ «Эффективная лучевая диагностика»	0,000	0,000	0,000	15,00
ОЦП «Комплексные меры противодействия злоупотреблению наркотиками»	3,102	1,000	1,303	1,20
ОЦМ «Льготные лекарства»	33,719	144,195	129,346	159,86
ОЦМ «Анти-ВИЧ/СПИД»	1,031	2,300	6,400	6,328
ОЦП «Сахарный диабет»	40,366	49,800	45,510	52,0
ОЦП «Неотложные меры борьбы с туберкулезом»	3,802	0,840	2,280	3,78
ОЦП «Вакцинопрофилактика»	3,153	2,500	3,100	4,09
ОЦП «Информатизация»	–	–	–	8,998
ОЦМ «Предупреждение распространения ИППП»	–	–	0,650	1,15
ОЦМ «Санитарный автотранспорт»	–	–	2,951	3,1
ОЦМ «Медицина катастроф»	–	–	2,115	1,436
ОЦМ «Развитие донорства крови»	–	–	1,350	1,4
ОЦМ «Развитие онкологической помощи»	–	–	–	1,2
ОЦМ «Дети-инвалиды»	–	–	–	0,368
Итого	107,041	211,446	226,755	341,636
Количество программ, финансируемых из обл. бюджета	9	8	12	16
Сумма областного бюджета отрасли «Здравоохранение»	394,191	527,869	659,306	889,146
Доля целевых программ (%)	27,2	40,1	34,4	38,4

Примечание. «–» – в данный период программы не существовало.

Наглядным примером эффективного вложения средств в профилактику заболеваний являются результаты выполнения ОЦП «Вакцинопрофилактика». Повышение объемов иммунизации населения в 1999 и 2000 гг. привело к снижению заболеваемости вирусным гепатитом «В» в 2 раза (рис. 3.8) и краснухой в 22 раза (рис. 3.9).

Рис. 3.8. Заболеваемость населения Вологодской области вирусным гепатитом «В» и объемы иммунизации

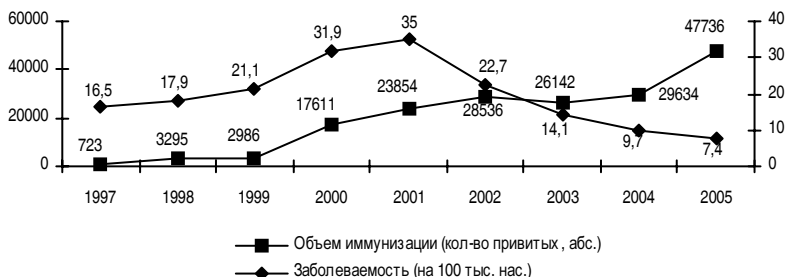
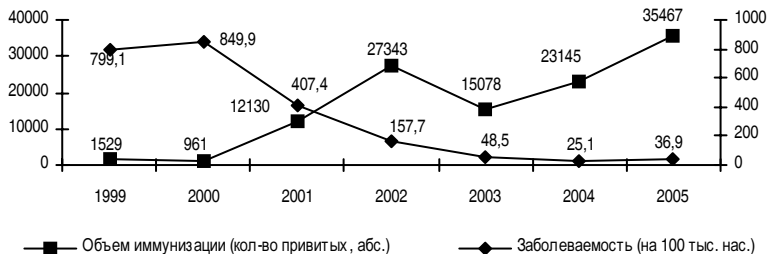


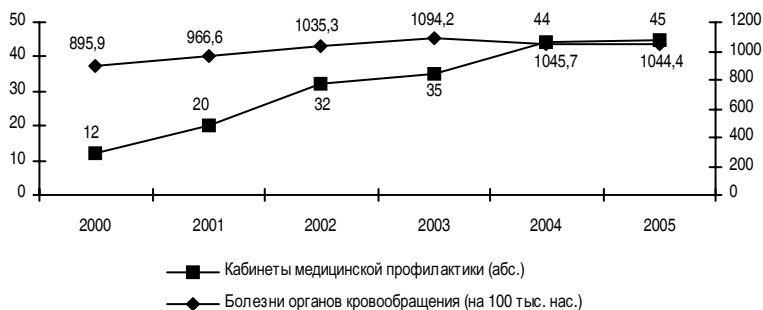
Рис. 3.9. Заболеваемость населения Вологодской области краснухой и объемы иммунизации



Аналогичную картину можно наблюдать при оценке деятельности по профилактике болезней системы кровообращения (рис. 3.10). Эффективность вложения средств в функционирование кабинетов медицинской профилактики оправдала себя уже через четыре года: в 2003 г. прекратилась тенденция увеличения доли болезней органов кровообращения, а к 2005 г. их удельный вес удалось снизить на 5%.

Таким образом, использование финансового макроанализа как одного из инструментов определения эффективных направлений вложения средств может активно применяться в региональной системе здравоохранения с целью обеспечения охраны и укрепления

Рис. 3.10. Профилактическая деятельность по снижению смертности от болезней системы кровообращения



общественного здоровья. Кроме того, практическое внедрение результатов финансового макроанализа в деятельность отрасли на территории Вологодского региона позволило:

1. Обосновать бюджетные затраты по областным целевым программам и Программе государственных гарантий на 2004 год.
2. Определить классы болезней и отдельные заболевания, преждевременная смертность от которых приводит в последние годы к наибольшему социально-экономическому ущербу.
3. Продолжить работу по реструктуризации коечной сети и развитию сети дневных стационаров.
4. Обосновать увеличение доли расходов на здравоохранение в бюджетах всех уровней.
5. Повысить обоснованность управленческих решений.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В качестве одной из наиболее актуальных проблем отечественной системы здравоохранения на современном этапе в Программе социально-экономического развития РФ на среднесрочную перспективу отмечается ограниченность государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи вследствие нехватки финансовых и материальных ресурсов, а также недостаточно эффективного их использования. Перевод отрасли здравоохранения на финансирование по принципам БОР должен способствовать решению этого вопроса за счет предоставления большей самостоятельности медицинским учреждениям в управлении своими ресурсами и приоритетного развития наименее затратного амбулаторно-поликлинического звена.

В отрасли здравоохранения накоплен богатый опыт финансирования, ориентированного на результат (НХМ, ОМС, целевые программы), который лишь частично используется при создании бюджетов.

Прежде чем начинать создание бюджета, ориентированного на результат, необходимо достигнуть общественного согласия относительно стратегических целей отрасли здравоохранения на основе анализа эффективности деятельности системы здравоохранения.

Для эффективного проведения реформы бюджетного процесса и внедрения методов бюджетирования, ориентированного на получение количественных и качественных результатов, на уровне регионов и муниципалитетов следует принять следующие первоочередные меры:

- разработка пакета нормативных документов, регламентирующих процесс создания бюджета, ориентированного на результат;

– повышение структурной эффективности работы отрасли «Здравоохранение» в рамках исполнения Программы государственных гарантий;

– увеличение инвестиций в отрасль здравоохранения в целях получения обществом качественных медицинских услуг.

В представленном Правительством РФ документе «Прогноз социально-экономического развития Российской Федерации на 2006 год и основные параметры прогноза до 2008 года» записано: «Существующая система здравоохранения характеризуется дефицитом финансирования отрасли и неудовлетворительной материально-технической базой, что негативно отражается на доступности и качестве медицинской помощи населению».

Проект Федерального закона «О федеральном бюджете на 2006 год» предусматривает 66%-ный прирост расходов по статье «Здравоохранение и спорт», что составляет 2,5% ВВП (в 2003 г. – 2,9%, в 2004 г. – 2,8; *таблица*). Между тем минимальный стандарт государственных расходов по этой статье согласно рекомендациям ВОЗ – 5%, а по некоторым экспертным оценкам – 8% ВВП. Таким образом, «для более или менее нормального функционирования здравоохранения требуется удвоение госзатрат, а для его модернизации на современной технологической основе – их утроение»¹.

Структура госфинансирования отрасли «Здравоохранение и спорт»

Бюджет (млн. руб.)	1998 г.	1999 г.	2000 г.	2001 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.	2006 г. (млрд. руб.)
Федеральный	23,4	37,4	53,7	69,6	88,8	103,1	111,3	145,6
Территориальный	534,8	980,3	1 504,1	1 512,5	1 857,1	2 333,9	3 203,0	461,6
Консолидированный	558,2	1 017,7	1 557,8	1 582,1	1 945,9	2 437,0	3 314,3	607,2

Проектируемая структура госфинансирования отраслей социальной сферы в 2006 г. предполагает увеличение финансовой нагрузки на региональные бюджеты. В целом на них придется более двух третей социальных расходов консолидированного бюджета, в том числе на финансирование ЖКХ – почти 94%, здравоохранения – 76%, социальной политики – 65%. В то же время, как показывает

¹ Глазьев С. Федеральная социально-экономическая политика: принципиальных изменений не намечается (по поводу правительственных бюджетных проектов и прогнозных оценок – 2006) // Российский экономический журнал. – 2005. – №7-8. – С. 6-7.

практика, позитивных сдвигов при такой политике не происходит. Кроме того, в проекте федерального бюджета не предусмотрено обеспечения дополнительно передаваемых «вниз» полномочий, вследствие чего бюджета субъектов Федерации может просто не хватить на реализацию всех намеченных планов. Таким образом, несмотря на необходимость рационализации бюджетных средств, другим, не менее важным, условием успешности запланированных мероприятий является увеличение бюджетных ассигнований.

Различные эксперименты в области регулирования бюджетных средств в сфере здравоохранения на протяжении последних лет привели к тому, что в настоящее время взят курс на соединение текущей и перспективной деятельности медицинских учреждений. В интервью «Новой газете» заместитель министра здравоохранения *В.И. Стародубов* отметил: «Наше здравоохранение в последние 10 – 12 лет привыкло работать без денег, а теперь мы должны научиться работать с деньгами. У нас впервые за последние 15 лет те изменения, которые касаются здравоохранения, проводятся с принятием мер по его финансированию. Такая возможность за все годы моей работы в здравоохранении появилась впервые. Нас интересует не сама система здравоохранения как субъект воздействия, нас интересует, чтобы у пациента было больше возможностей получения другого объема и другого уровня медицинской помощи. Сейчас нужно использовать тот уникальный шанс, который выпал здравоохранению»¹.

Переход отрасли на финансирование по принципам БОР, с одной стороны, обеспечивает стимулирование к достижению запланированных результатов, с другой – позволяет более рационально и эффективно использовать имеющиеся денежные средства. Как отмечено в Концепции реформирования бюджетного процесса РФ в 2004 – 2006 гг., «в отличие от преобладающего в настоящее время сметного планирования (на основе индексации сложившихся затрат по дробным позициям бюджетной классификации), программно-целевое бюджетное планирование исходит из необходимости направления бюджетных средств на достижение общественно значимых и, как правило, количественно измеримых результатов деятельности администраторов бюджетных средств с одновременным

¹ Новая газета. – 2005. – №89. – 28 ноября.

мониторингом и контролем за достижением намеченных целей и результатов, а также обеспечением качества внутриведомственных процедур бюджетного планирования и финансового менеджмента»¹. Постепенный переход все большего количества развитых стран к бюджетированию, ориентированному на результат, также свидетельствует о перспективности данного метода.

Усиление роли планирования в деятельности медицинских учреждений предполагает внедрение новых, современных, методик сбора информации и оценки деятельности. К таким методикам можно отнести мониторинг и финансовый макроанализ системы здравоохранения. Опыт Вологодской области свидетельствует о том, что с их помощью можно устанавливать индикаторы, которые объективно отражают качество деятельности медицинских учреждений. Вместе с тем удастся научно обоснованно определять самые насущные проблемы здравоохранения в различных районах области и наиболее затратные виды заболеваний. В настоящее время данные, полученные в результате использования социально-экономического мониторинга и финансового макроанализа, учитываются при планировании бюджетных расходов в сфере здравоохранения Вологодской области. Дальнейшее применение этих методик в рамках бюджетирования, ориентированного на результат, будет способствовать построению развитой системы индикативного планирования, необходимой для эффективного функционирования отрасли здравоохранения в новых условиях.

¹ Концепция реформирования бюджетного процесса Российской Федерации в 2004 – 2006 гг. – М., 2004.

ПРИЛОЖЕНИЯ

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

**Постановление Правительства Российской Федерации от 22 мая 2004 г.
№249 г. Москва**

О МЕРАХ ПО ПОВЫШЕНИЮ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ БЮДЖЕТНЫХ РАСХОДОВ

*Опубликовано 1 июня 2004 г.
Вступает в силу с 9 июня 2004 г.*

В целях повышения результативности бюджетных расходов Правительство Российской Федерации постановляет:

1. Одобрить прилагаемую Концепцию реформирования бюджетного процесса в Российской Федерации в 2004 – 2006 годах.

Министерству финансов Российской Федерации, другим федеральным органам исполнительной власти руководствоваться положениями указанной Концепции при формировании и организации исполнения федерального бюджета, а также при подготовке проектов федеральных законов и иных нормативных правовых актов.

Рекомендовать органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации и органам местного самоуправления разработать и реализовать меры по повышению результативности расходов соответствующих бюджетов согласно основным положениям указанной Концепции.

2. Утвердить прилагаемые:

– Положение о докладах о результатах и основных направлениях деятельности субъектов бюджетного планирования;

– план мероприятий по реализации Концепции реформирования бюджетного процесса в Российской Федерации в 2004 – 2006 годах.

**Председатель Правительства
Российской Федерации
М. Фрадков**

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

Некоторые финансовые показатели деятельности муниципального здравоохранения Вологодской области

Районы области	Зарплата	Рейтинг	Тарифы на медицинские услуги					Затраты на 1 чел.	Рейтинг	Средний рейтинг (2, 7, 9)
			Скорая помощь	Стационары	АПУ	Дневные стационары	Рейтинг районов по видам помощи (3 – 6)			
Вологодская область	3 481							3 349		
Бабаевский р-н	2 965	15	355	196	51	83	15	1 861	21	17
Бабушкинский р-н	2 499	24	361	276	45	0	13	1 898	18	18
Белозерский р-н	3 000	13	286	266	52	158	10	2 042	11	11
Вашкинский р-н	3 155	8	202	312	44	99	14	2 446	4	9
Великоустюгский р-н	3 300	4	217	339	47	134	10	1 915	16	10
Верховажский р-н	3 152	9	251	250	51	0	15	1 820	23	16
Вожегодский р-н	2 487	25	166	281	45	0	19	1 886	20	21
Вологодский р-н	2 236	27	328	250	39	95	17	2 322	5	16
Вытегорский р-н	2 134	28	189	296	44	0	20	1 891	19	22
Грязовецкий р-н	2 909	18	237	283	45	66	17	1 797	24	20
Кадуйский р-н	2 929	17	346	286	46	73	13	1 658	26	19
Кирилловский р-н	2 711	20	262	259	45	0	17	2 034	12	16
Кичм.-Городецкий р-н	2 942	16	190	245	58	136	13	1 947	15	15
Междуреченский р-н	3 045	12	573	326	41	108	10	2 251	7	10
Никольский р-н	2 319	26	99	277	35	76	21	1 423	27	25
Нюксенский р-н	3 511	3	412	270	43	94	14	1 968	13	10
Сокольский р-н	2 972	14	196	345	39	69	17	2 140	9	13
Сямженский р-н	2 630	22	382	277	43	0	15	2 073	10	16
Тарногский р-н	2 842	19	309	330	51	73	11	2 226	8	13
Тотемский р-н	3 133	11	170	274	53	166	12	1 835	22	15
Усть-Кубинский р-н	2 590	23	272	238	54	109	13	2 458	3	13
Устюженский р-н	3 151	10	249	295	45	95	14	1 962	14	13
Харовский р-н	3 182	7	191	249	48	0	19	1 909	17	14
Чагодощенский р-н	2 708	21	215	244	64	107	14	1 751	25	20
Череповецкий р-н	3 203	6	0	220	72	67	16	1 191	28	17
Шекснинский р-н	3 236	5	186	296	50	90	15	2 279	6	9
г. Череповец	4 573	1	414	413	52	110	4	3 555	1	2
г. Вологда	3 588	2	412	413	57	135	4	2 889	2	3

* Рейтинговая оценка выставлялась по убывающей шкале (от районов с самыми высокими показателями к районам с самыми низкими).

ПРИЛОЖЕНИЕ 3

Медико-демографические показатели

Территории	Заболеваемость на 100 тыс. чел.					Средний рейтинг за 2000 – 2004 гг.	Болезненность на 100 тыс. чел.					Средний рейтинг за 2000 – 2004 гг.
	2000 г.	2001 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.		2000 г.	2001 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.	
Бабаевский р-н	53 529	60 611	58 963	47 546	49 571	9	102 988	110 238	108 426	103 470	105 388	12
Бабушкинский р-н	49 000	48 628	47 889	38 635	34 083	4	79 178	79 475	79 718	72 808	68 122	2
Белозерский р-н	61 591	70 633	69 269	50 015	54 733	16	120 828	138 585	145 336	143 670	147 362	24
Вашкинский р-н	66 685	69 102	73 292	57 810	49 861	16	121 759	117 135	119 811	110 710	104 825	17
Великоустюгский р-н	80 744	82 684	83 035	53 206	56 336	22	134 071	135 565	137 438	116 525	127 705	23
Верховажский р-н	42 266	49 187	49 271	31 375	33 491	3	78 876	88 810	93 018	73 664	75 793	3
Вожегодский р-н	75 063	81 548	77 991	58 364	62 371	23	111 759	122 917	119 597	101 553	110 991	16
Вологодский р-н	53 394	51 089	54 021	30 195	25 613	3	97 331	95 842	100 605	75 813	72 260	4
Вытегорский р-н	60 021	61 076	63 898	41 190	45 744	9	98 979	97 432	106 189	81 416	95 372	7
Грязовецкий р-н	68 952	72 249	73 717	49 460	50 547	17	99 698	107 822	111 327	86 569	92 101	8
Кадуйский р-н	67 134	72 587	69 483	55 525	56 821	18	102 771	116 199	114 330	97 728	101 332	12
Кирилловский р-н	64 246	67 003	64 987	43 702	48 355	11	113 272	117 496	115 898	94 388	94 070	13
Кичм.-Городецкий р-н	60 434	60 345	60 115	48 559	49 070	10	108 845	110 786	107 966	108 028	113 543	13
Междуреченский р-н	103 728	94 260	104 271	73 871	68 235	27	188 469	168 514	175 808	154 408	151 437	27
Никольский р-н	47 667	37 670	33 417	25 246	27 040	1	79 836	692 31	64 508	54 901	62 820	1
Нюксенский р-н	67 657	66 899	67 153	40 016	41 450	11	103 828	106 370	110 815	87 412	92 347	8
Сокольский р-н	113 490	122 185	111 279	78 273	86 976	28	179 496	192 629	190 075	161 418	167 955	28
Сямженский р-н	69 492	67 340	79 068	43 768	50 279	16	126 195	120 628	135 667	80 843	98 028	15
Тарногский р-н	69 389	74 663	66 899	50 870	50 875	18	109 972	120 662	114 099	113 241	116 533	17
Тотемский р-н	71 772	74 277	77 720	38 379	46 023	15	115 830	127 172	139 604	104 771	111 355	19
Усть-Кубинский р-н	65 487	72 850	77 524	68 198	83 159	21	109 644	116 572	126 758	115 470	147 521	18
Устюженский р-н	64 611	60 345	66 160	32 956	45 475	8	118 068	122 693	118 640	93 477	115 245	16
Харовский р-н	90 582	87 387	91 350	58 165	60 464	25	151 395	146 042	148 730	119 125	125 361	25
Чагодощенский р-н	66 837	66 775	63 419	47 444	52 276	13	115 817	117 176	116 622	96 766	106 515	15
Череповецкий р-н	56 309	59 592	57 440	34 851	36 416	5	91 226	96 943	95 895	76 020	93 883	5
Шекснинский р-н	77 573	69 238	76 659	45 171	41 524	15	130 552	126 695	137 010	95 545	93 122	17
г. Череповец	88 923	85 362	80 474	49 212	50 047	20	135 569	134 434	129 080	95 209	101 696	18
г. Вологда	101 059	93 830	93 018	56 354	54 687	24	152 925	146 356	146 214	116 804	118 043	25

Окончание приложения 3

Территории	Число умерших в расчете на 1 тыс. человек					Рейтинг					Ср. рейтинг	Число лиц, состоящих на диспансерном наблюдении					Рейтинг					Ср. рейтинг
	2000	2001	2002	2003	2004	2000	2001	2002	2003	2004		2000	2001	2002	2003	2004	2000	2001	2002	2003	2004	
Бабаевский р-н	23	22	24	27	26	26	22	24	26	26	25	325	334	352	379	382	27	28	26	28	27	27
Бабушкинский р-н	17	20	21	24	21	8	17	15	17	12	14	174	178	182	185	188	4	2	2	2	3	3
Белозерский р-н	18	20	24	26	22	11	17	24	24	16	18	306	300	317	317	323	25	23	23	23	23	23
Вашкинский р-н	18	24	21	24	25	11	26	15	13	25	18	268	282	287	289	293	19	18	19	21	20	19
Великоустогский р-н	17	19	20	23	22	8	9	9	11	13	10	297	295	294	294	297	24	21	20	22	21	22
Верховажский р-н	19	19	19	21	20	17	9	4	9	8	9	169	195	208	204	218	3	5	4	4	5	4
Вожегодский р-н	20	22	24	26	24	22	22	24	25	19	22	269	269	260	269	278	21	17	15	15	13	16
Вологодский р-н	15	17	19	18	19	4	6	4	3	4	4	160	187	183	190	174	1	3	3	3	2	2
Вытегорский р-н	19	21	21	24	24	17	19	15	14	22	17	201	217	230	226	248	6	7	8	9	8	8
Грязовецкий р-н	16	18	20	23	21	6	8	9	12	10	9	168	160	172	159	152	2	1	1	1	1	1
Кадуйский р-н	18	19	20	25	21	11	9	9	20	10	12	252	287	356	334	356	14	20	27	26	26	23
Кирилловский р-н	20	19	23	25	23	22	9	22	19	17	18	290	302	304	289	285	22	25	22	20	16	21
Кичменгско-Городецкий р-н	19	19	19	22	22	17	9	4	10	14	11	234	227	236	250	248	12	10	9	12	9	10
Междуреченский р-н	18	21	21	25	20	11	19	15	22	9	15	343	305	380	322	351	28	26	28	24	25	26
Никольский р-н	18	19	22	24	24	11	9	19	15	20	15	214	192	243	225	266	7	4	10	8	12	8
Нюксенский р-н	13	15	19	19	19	1	2	4	4	5	3	230	237	245	247	265	11	12	11	11	11	11
Сokolьский р-н	20	22	26	24	24	22	22	27	16	23	22	264	298	299	287	291	18	22	21	19	18	20
Сямженский р-н	16	16	20	20	22	6	4	9	8	14	8	296	300	339	343	401	23	23	25	27	28	25
Тарногский р-н	18	17	18	19	19	11	6	3	6	6	6	268	286	279	274	285	19	19	18	16	17	18
Тотемский р-н	15	16	20	19	20	4	4	9	4	7	6	219	236	277	281	292	8	11	17	17	19	14
Усть-Кубинский р-н	19	21	19	25	24	17	19	4	22	20	16	249	252	258	256	329	13	13	14	13	24	15
Устоженский р-н	23	27	23	28	27	26	28	22	27	28	26	254	256	271	281	308	16	15	16	18	22	17
Харовский р-н	20	22	22	25	23	22	22	19	20	18	20	227	221	215	208	220	10	8	5	5	6	7
Чагодощенский р-н	26	25	27	29	27	28	27	28	28	27	28	257	259	256	262	282	17	16	13	14	15	15
Череповецкий р-н	17	19	22	24	25	8	9	19	17	24	15	191	197	219	224	238	5	6	6	7	7	6
Шекснинский р-н	19	19	20	19	18	17	9	9	6	3	9	307	320	323	327	278	26	27	24	25	14	23
г. Череповец	13	14	14	16	15	1	1	1	1	1	1	252	253	248	246	256	14	14	12	10	10	12
г. Вологда	13	15	15	17	17	1	2	2	2	2	2	220	222	222	220	216	9	9	7	6	4	7

ПРИЛОЖЕНИЕ 4

Показатели обеспеченности ресурсами здравоохранения Вологодской области

Территории	Укомплектованность врачами			Рейтинг			Средний рейтинг	Укомплектованность средним медицинским персоналом			Рейтинг			Средний рейтинг
	2002	2003	2004	2002	2003	2004		2002	2003	2004	2002	2003	2004	
Бабаевский р-н	88	93	54	17	8	13	13	99	99	80	4	4	12	7
Бабушкинский р-н	68	67	46	28	28	22	26	95	91	84	20	25	8	18
Белозерский р-н	75	80	48	26	21	21	23	93	96	80	24	15	13	17
Вашкинский р-н	100	92	51	1	10	20	10	97	97	84	12	12	6	10
Великоустюгский р-н	100	100	54	1	1	12	5	100	100	81	1	1	9	4
Верховажский р-н	91	88	55	11	16	11	13	96	99	89	16	4	2	7
Вожегодский р-н	95	95	59	6	3	4	4	99	99	86	4	4	4	4
Вологодский р-н	86	78	44	19	26	24	23	98	94	69	9	20	24	18
Вытегорский р-н	99	95	67	3	3	1	2	99	99	85	4	4	5	4
Грязовецкий р-н	91	92	57	11	10	8	10	98	97	77	9	12	14	12
Кадуиский р-н	94	93	58	8	8	5	7	100	100	81	1	1	10	4
Кирилловский р-н	80	91	57	23	13	8	15	98	96	70	9	15	22	15
Кичм.-Городецкий р-н	96	95	52	5	3	17	8	100	100	84	1	1	7	3
Междуреченский р-н	84	79	46	20	24	23	22	88	90	69	28	27	23	26
Никольский р-н	91	89	40	11	15	26	17	97	97	89	12	12	2	9
Нюкенский р-н	80	80	36	23	21	27	24	90	93	72	27	22	20	23
Сокольский р-н	93	94	56	9	7	10	9	96	96	66	16	15	25	19
Сямженский р-н	75	71	44	26	27	25	26	96	98	77	16	9	16	14
Тарногский р-н	90	88	61	14	16	2	11	99	98	90	4	9	1	5
Тотемский р-н	93	92	57	9	10	7	9	97	95	77	12	19	17	16
Усть-Кубинский р-н	82	80	51	22	21	19	21	97	88	75	12	28	19	20
Устюженский р-н	98	100	58	4	1	6	4	91	92	76	26	24	18	23
Харовский р-н	89	83	60	16	20	3	13	96	96	77	16	15	15	15
Чародощенский р-н	79	79	51	25	24	18	22	94	93	71	21	22	21	21
Череповецкий р-н	83	87	52	21	18	16	18	94	91	63	21	25	27	24
Шекснинский р-н	88	85	54	17	19	14	17	93	98	81	24	9	11	15
г. Череповец	95	95	53	6	3	15	8	99	99	64	4	4	26	11
г. Вологда	90	91	51	14	13	20	16	94	94	56	21	20	28	23

Окончание приложения 4

Территории	Обеспеченность врачами (на 10 тыс. чел.)					Средний рейтинг за 2000 – 2004 гг.	Обеспеченность средним медицинским персоналом (на 10 тыс. чел.)					Средний рейтинг за 2000 – 2004 гг.
	2000 г.	2001 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.		2000 г.	2001 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.	
Бабаевский р-н	17	17	19	19	19,6	6	90	91	95	96	95,7	9
Бабушкинский р-н	13	12	11	11	10,9	24	89	87	88	90	90,3	14
Белозерский р-н	14	15	15	16	16,2	13	90	94	88,4	96	95,5	10
Вашкинский р-н	17	17	16	14	14,2	12	105	108	111	109	118,6	2
Великоустюгский р-н	28	28	29	28	29,7	3	119	123	126	128	138	1
Верховажский р-н	11	11	12	11	11,1	25	76	76	79	80	83,1	22
Вожегодский р-н	13	13	14	14	15,5	17	82	81	80	82	84,8	20
Вологодский р-н	12	12	12	11	9,2	24	47	48	45	43	40,6	28
Вытегорский р-н	14	15	13,8	14	14,7	16	86	84	82	80	86,9	18
Грязовецкий р-н	12	12	10,7	11	11	25	60	59	59	59	62,7	27
Кадуйский р-н	18	17	17,7	19	17	6	80	82	80	83	83,8	20
Кирилловский р-н	14	14	14,7	16	16,8	13	84	83	82	83	84,2	19
Кичм.-Городецкий р-н	13	14	13,8	14	14,2	19	87	88	90	91	98,8	12
Междуреченский р-н	14	13	13,9	14	14,7	17	92	88	87	89	90,8	13
Никольский р-н	9	8	8,5	8	8	28	100	100	100	96	99,3	5
Нюксенский р-н	15	15	14,6	14	14,6	15	97	89	86	91	96,1	11
Сокольский р-н	26	27	26,2	26	24,3	4	102	101	94	93	94,5	7
Сямженский р-н	13	13	13,9	12	13,6	21	97	92	97	93	103,6	7
Тарногский р-н	15	16	17,2	18	16,5	10	100	101	100	102	110,6	4
Тотемский р-н	17	17	16,2	16	16	10	87	85	85	85	88,7	17
Усть-Кубинский р-н	12	12	12,4	13	14,9	22	89	89	90	93	100,4	10
Устюженский р-н	16	16	16,5	16	16,5	11	74	76	77	78	76,8	23
Харовский р-н	17	17	16,4	16	16,5	9	78	74	74	78	83,8	23
Чагодощенский р-н	17	18	17,3	18	17,1	7	99	98	93	89	90,5	10
Череповецкий р-н	14	14	14,3	14	13,8	17	63	63	61	57	57,3	26
Шекснинский р-н	18	18	18,5	17	15,2	8	93	86	91	93	80,8	13
г. Череповец	36	35	35,2	35	36,1	1	109	111	107	106	108,7	3
г. Вологда	31	30	27,8	29	29	2	76	71	71	73	73,1	25

ПРИЛОЖЕНИЕ 5

Ранжирование районов Вологодской области по показателям здоровья населения

Территории	Смертность		Заболееваемость		Болезненность		Число лиц, состоящих на диспансерном наблюдении	Число лиц, состоящих на диспансерном наблюдении	Средний рейтинг районов за 2004 год	Средний рейтинг районов за 2000 – 2004 гг.
	2004 г.	2000– 2004 гг.	2004 г.	2000– 2004 гг.	2004 г.	2000 – 2004 гг.	2004 г.	2000–2004 гг.		
Бабаевский р-н	26	25	13	9	15	12	27	27	20	18
Бабушкинский р-н	12	14	4	4	2	2	3	3	5	6
Белозерский р-н	16	18	21	16	25	24	23	23	21	20
Вашкинский р-н	25	18	14	16	14	17	20	19	18	18
Великоустюгский р-н	13	10	22	22	24	23	21	22	20	19
Верховажский р-н	8	9	3	3	4	3	5	4	5	5
Вожегодский р-н	19	22	25	23	17	16	13	16	19	19
Вологодский р-н	4	4	1	3	3	4	2	2	3	3
Вытегорский р-н	22	17	9	9	10	7	8	8	12	10
Грязовецкий р-н	10	9	17	17	5	8	1	1	8	9
Кадуйский р-н	10	12	23	18	12	12	26	23	18	16
Кирилловский р-н	17	18	11	11	9	13	16	21	13	16
Кичм.-Городецкий р-н	14	11	12	10	19	13	9	10	14	11
Междуреченский р-н	9	15	26	27	27	27	25	26	22	24
Никольский р-н	20	15	2	1	1	1	12	8	9	6
Нюксенский р-н	5	3	6	11	6	8	11	11	7	8
Сокольский р-н	23	22	28	28	28	28	18	20	24	24
Сямженский р-н	14	8	16	16	11	15	28	25	17	16
Тарногский р-н	6	6	18	18	21	17	17	18	16	15
Тотемский р-н	7	6	10	15	18	19	19	14	14	14
Усть-Кубинский р-н	20	16	27	21	26	18	24	15	24	18
Устюженский р-н	28	26	8	8	20	16	22	17	20	17
Харовский р-н	18	20	24	25	23	25	6	7	18	19
Чагодощенский р-н	27	28	19	13	16	15	15	15	19	18
Череповецкий р-н	24	15	5	5	8	5	7	6	11	8
Шекнинский р-н	3	9	7	15	7	17	14	23	8	16
г. Череповец	1	1	15	20	13	18	10	12	10	13
г. Вологда	2	2	20	24	22	25	4	7	12	14

ПРИЛОЖЕНИЕ 6

Показатели мониторинга системы здравоохранения (в соответствии с задачами программы «Здоровье-21»¹)

№	Индикатор в виде показателей	Источник информации
1.1	Ожидаемая продолжительность жизни среди населения, по полу, в различных возрастных группах, среди городского и сельского населения	Облкомстат
1.2	Рождаемость среди городского и сельского населения (в сравнении)	
1.3	Смертность городского и сельского населения по возрастным группам (в сравнении)	
1.4	Естественный прирост в городе и на селе (в сравнении)	
1.5	Динамика доходов населения (на душу населения), по группам и слоям населения, по годам	
1.6	Стоимость «потребительской корзины» по группам и слоям населения	
1.7	Среднедушевой доход различных групп и слоев населения	
1.8	Уровень безработицы среди различных слоев населения	Департамент труда и социального развития
1.9	Процент населения, имеющего доходы ниже прожиточного минимума	Облкомстат
1.10	Самооценка здоровья в соответствующей возрастной группе: по полу, по городам и районам области	Опрос населения (ЦМП, ВНКЦ РАН и др.)
2.1	Показатель младенческой смертности, по полу, на 1 тыс. новорожденных	Областной комитет гос. статистики, расчет
2.2	Показатель детской смертности, на 100 тыс. детей	
2.3	Показатель материнской смертности, от всех причин (на 100 тыс.)	Департамент здравоохранения (ЛПУ, оказывающие мед. помощь, родовспомогательные учреждения)
2.4	Частота искусственных абортов, по возрасту, на 1 тыс. женщин фертильного возраста	Департамент здравоохранения (ЛПУ, оказывающие мед. помощь)
2.5	Процент детей, родившихся с массой тела менее 2500 г.	Департамент здравоохранения (ЛПУ, оказывающие стационарную помощь)
2.6	Процент детей, находящихся на грудном вскармливании до 6 мес., до 1 года	Департамент здравоохранения (ЛПУ, оказывающие помощь)
2.7	Показатель зарегистрированных несчастных случаев среди детей до 7 лет, на 1 тыс. детей соответствующего возраста	УВД области и другие заинтересованные ведомства
3.1	Заблеваемость детей и подростков (0 – 17 лет), по возрасту и полу, структура заболеваемости	Департамент здравоохранения (ГУЗ ВО МИАЦ, Бюро медицинской статистики), программа диспансеризации детского населения
3.2	Уровень хронической патологии у детей и подростков	
3.3	Показатели инвалидности среди детей и подростков (контингенты и распределение детей-инвалидов, причины выхода на инвалидность, классы патологии, обусловившие инвалидность детей)	
3.4	Показатели физического развития детей и молодежи, по возрасту и полу	
3.5	Показатели психического развития детей и молодежи, по возрасту и полу	
3.6	Удельный вес часто и длительно болеющих детей	

¹ Показатели разработаны и предоставлены специалистами ГУЗ ВО «Медицинский информационно-аналитический центр» и Департамента здравоохранения Вологодской области А.И. Попугаевым, Б.Д.Гусевым, Р.В. Петуховым.

Продолжение приложения 6

3.7	Процент практически здоровых детей при поступлении в школу, по данным ПМО	Департамент здравоохранения, Департамент образования области
3.8	Процент практически здоровых лиц среди молодежи, по данным призывной комиссии	Департамент здравоохранения (ЛПУ, оказывающие мед. помощь), Военный комиссариат области
3.9	Доля лиц соответствующего возраста, употребляющих никотин, алкоголь, наркотические и токсические вещества	Департамент здравоохранения (ЛПУ, оказывающие мед. помощь), опрос населения (ЦМП, ВНКЦ ЦЭМИ РАН и др.)
3.10	Число ВИЧ-инфицированных на 100 тыс. населения данного возраста	Областной центр профилактики и борьбы со СПИДом
3.11	Количество беременных женщин до 18 лет	Департамент здравоохранения (ЛПУ, оказывающие мед. помощь),
3.12	Частота госпитализации вследствие наркомании и токсикомании, на 100 тыс. населения соответствующего возраста	Департамент здравоохранения (ЛПУ, оказывающие стационарную помощь, наркологические учреждения)
3.13	Число лиц, состоящих на диспансерном и профилактическом учете по поводу наркомании и токсикомании, на 100 тыс. населения данного возраста	Департамент здравоохранения (ЛПУ, оказывающие амбулаторную помощь, наркологические учреждения)
3.14	Доля детей, подвергшихся насилию, в соответствующей возрастной группе	УВД области, опрос населения (ЦМП, ВНКЦ ЦЭМИ РАН и др.)
3.15	Частота искусственных аборт в возрасте до 14 лет, на 1 тыс. женщин данного возраста	Департамент здравоохранения (ЛПУ, оказывающие стационарную помощь)
3.16	Частота искусственных аборт в возрасте 15 – 19 лет, на 1 тыс. женщин данного возраста	
3.17	Процент охвата школьников в секциях, кружках и клубах в соответствующей возрастной группе	Департамент культуры области; Департамент образования области
3.18	Самооценка своего здоровья в соответствующей возрастной группе	Опрос населения (ЦМП, ВНКЦ ЦЭМИ РАН и др.)
3.19	Показатель смертности на 100 тыс. населения данного возраста	Областной комитет гос. статистики, расчет
3.20	Показатель смертности вследствие самоубийств, на 100 тыс. населения данного возраста	
3.21	Показатель смертности вследствие злоупотребления наркотиками и токсикомании, поврежденный без уточнений, на 100 тыс. населения данного возраста	
4.1	Ожидаемая продолжительность здоровой жизни среди населения трудоспособного возраста, годы	
4.2	Показатель смертности населения трудоспособного возраста, от всех причин, по полу и возрасту	Департамент здравоохранения (ЛПУ, оказывающие медицинскую помощь)
4.3	Показатель заболеваемости в трудоспособном возрасте с учетом причин, пола и возраста	
4.4	Показатель первичного выхода на инвалидность в трудоспособном возрасте с учетом причин, пола и возраста	Областное бюро медико-социальной экспертизы, областное бюро социальной защиты
4.5	Показатель временной нетрудоспособности (частота случаев и число дней), расходы на оплату больничного листа	Департамент здравоохранения (ЛПУ, оказывающие мед. помощь), Департамент социального страхования
4.6	Показатель профессиональной заболеваемости по причинам, полу и возрасту	Центр Роспотребнадзора, Государственная техническая инспекция труда
4.7	Число лет жизни, потерянных в результате преждевременной смерти до 60 лет	Областной комитет гос. статистики, расчет

Продолжение приложения 6

4.8	Оценка личного восприятия состояния физического здоровья, социальной поддержки, качества жизни среди населения, по полу и возрасту	Опрос населения
4.9	Число занимающихся физкультурой на 1 тыс. трудоспособного населения, по полу, возрасту	Областной комитет по физкультуре и спорту
5.1	Ожидаемая продолжительность жизни в возрасте 65 лет (до 60 лет)	Областной комитет гос. статистики, расчет
5.2	Численность и процент населения 60 лет и старше	
5.3	Численность и процент населения 80 лет и старше	
5.4	Доля населения в возрасте (60 лет и старше), оценивающих свое здоровье как «хорошее»	Опрос населения (ЦМП, ВНКЦ ЦЭМИ РАН и др.)
5.8	Доля инвалидов среди лиц старше 60 лет и структура заболеваемости по первичному выходу на инвалидность	Областное бюро медико-социальной экспертизы, областное бюро социальной защиты, Департамент здравоохранения
6.1	Стандартизованный коэффициент смертности от самоубийств и самоповреждений, все возрасты, на 100 тыс. нас.	Областной комитет гос. статистики
6.2	Показатель смертности в результате самоубийств и самоповреждений, по полу и возрасту, на 100 тыс. нас. соответствующей группы	
6.3	Показатель первичного выхода на инвалидность вследствие психических заболеваний, по полу и возрасту, на 100 тыс. соответствующего населения	Областное бюро медико-социальной экспертизы, областное бюро социальной защиты
6.4	Показатель заболеваемости неврозами и функциональными психозами, по полу и возрасту, на 100 тыс. соответствующего населения	Департамент здравоохранения (ЛПУ, оказывающие амбулаторную помощь, психиатрические учреждения)
7.1	Число лиц, получивших травмы на производстве, на 100 тыс. нас. по полу и возрасту	Государственная техническая инспекция труда
7.2	Показатель смертности вследствие несчастных случаев на производстве на 100 тыс. нас., по полу и возрасту	
7.3	Стандартизованный показатель первичного выхода на инвалидность вследствие несчастных случаев, отравлений и травм, в том числе производственных, на 100 тыс. нас.	Областное бюро медико-социальной экспертизы, областное бюро социальной защиты, расчет
7.4	Показатель первичного выхода на инвалидность вследствие несчастных случаев, отравлений и травм, в том числе производственных, на 100 тыс. соответствующего населения	
7.5	Показатель профессиональной заболеваемости на 100 тыс. нас., по полу и возрасту	Центр Роспотребнадзора, Государственная техническая инспекция труда
7.6	Стандартизованный коэффициент смертности вследствие травм и отравлений, на 100 тыс. нас.	Областной комитет гос. статистики, расчет
7.7	Число лиц, получивших травмы в быту, на 100 тыс. нас., по полу и возрасту	Департамент здравоохранения (ЛПУ, оказывающие амбулаторную помощь)
7.8	Число госпитализированных по поводу травм, на 100 тыс. нас., по полу и возрасту	Департамент здравоохранения (ЛПУ, оказывающие стационарную помощь)
7.9	Показатель смертности от травм, отравлений, вызванных внешними причинами, по полу и возрасту, на 100 тыс. нас. соответствующей группы	Областной комитет государственной статистики
7.10	Стандартизованный коэффициент смертности вследствие дорожно-транспортных происшествий, на 100 тыс. нас.	
7.11	Число дорожно-транспортных происшествий с травмами, на 100 тыс. населения	
7.12	Число травмированных в дорожно-транспортных происшествиях, на 100 тыс. нас., по полу и возрасту	Областное УВД, ГИБДД, Департамент здравоохранения (ЛПУ, оказывающие мед. помощь)

Продолжение приложения 6

7.13	Показатель смертности вследствие дорожно-транспортных происшествий, по полу и возрасту, на 100 тыс. нас. соответствующей группы	Областной комитет гос. статистики, ГИБДД
7.14	Доля травмированных в состоянии алкогольного опьянения	Департамент здравоохранения (ЛПУ, оказывающие мед. помощь)
8.1	Стандартизованный коэффициент смертности от болезней системы кровообращения, 0 – 60 лет, на 100 тыс. нас. этого возраста	Областной комитет гос. статистики, расчет
8.2	Стандартизованный коэффициент смертности от ишемической болезни сердца (ИБС), 0 – 64 года (0 – 60 лет), на 100 тыс. нас. этого возраста	
8.3	Стандартизованный коэффициент смертности от сосудистых поражений мозга, 0 – 64 года (0 – 60 лет), на 100 тыс. нас. этого возраста	
8.4	Стандартизованный коэффициент смертности от цереброваскулярных болезней, 0 – 60 лет, на 100 тыс. нас. этого возраста	
8.5	Стандартизованный коэффициент смертности от болезней органов системы кровообращения, на 100 тыс. нас. этого возраста	
8.6	Стандартизованный коэффициент смертности от ишемической болезни сердца, на 100 тыс. нас., все возрасты	
8.7	Стандартизованный коэффициент смертности от сосудистых поражений мозга, на 100 тыс. нас., все возрасты	
8.8	Стандартизованный коэффициент смертности от цереброваскулярных болезней, на 100 тыс. нас., все возрасты	
8.9	Стандартизованный показатель заболеваемости ишемической болезнью сердца, на 100 тыс. населения	Департамент здравоохранения (ЛПУ, оказывающие мед. помощь), расчет
8.10	Показатель заболеваемости ИБС, по полу и возрасту, на 100 тыс. соответствующего возраста	
8.11	Стандартизованный показатель заболеваемости цереброваскулярными болезнями, на 100 тыс. нас.	
8.12	Показатель заболеваемости цереброваскулярными болезнями, по полу и возрасту, на 100 тыс. соответствующего населения	
8.13	Стандартизованный показатель первичного выхода на инвалидность вследствие ишемической болезни сердца, на 100 тыс. нас.	Областное бюро медико-социальной экспертизы, областное бюро социальной защиты, расчет
8.14	Показатель первичного выхода на инвалидность вследствие ишемической болезни сердца, по полу и возрасту, на 100 тыс. соответствующего населения	Областное бюро медико-социальной экспертизы, областное бюро социальной защиты
8.15	Стандартизованный показатель первичного выхода на инвалидность вследствие цереброваскулярных болезней, на 100 тыс. нас.	Областное бюро медико-социальной экспертизы, областное бюро социальной защиты, расчет
8.16	Показатель первичного выхода на инвалидность вследствие цереброваскулярных болезней, по полу и возрасту, на 100 тыс. соответствующего населения	Областное бюро медико-социальной экспертизы, областное бюро социальной защиты
8.17	Стандартизованный коэффициент смертности от злокачественных новообразований, на 100 тыс. нас.	Областной комитет гос. статистики, расчет
8.18	Показатель смертности от злокачественных новообразований, по полу и возрасту, на 100 тыс. нас.	
8.19	Стандартизованный коэффициент смертности от злокачественных новообразований 0 – 64 года (0 – 60 лет) на 100 тыс. нас. этого возраста	

Продолжение приложения 6

8.20	Стандартизованный коэффициент смертности от рака трахеи, бронхов и легких, на 100 тыс. нас.	Областной комитет гос. статистики, расчет
8.21	Стандартизованный коэффициент смертности от рака трахеи, бронхов и легких, 0 – 64 года (0 – 60 лет), на 100 тыс. нас. этого возраста	
8.22	Стандартизованный показатель смертности от рака шейки матки, на 100 тыс. женщин	
8.23	Стандартизованный коэффициент смертности от рака шейки матки, 0 – 64 года (0 – 60 лет), на 100 тыс. женщин этого возраста	
8.24	Стандартизованный коэффициент смертности от рака молочной железы, на 100 тыс. женщин	
8.25	Стандартизованный коэффициент смертности от рака молочной железы, 0 – 64 года (0 – 60 лет), на 100 тыс. женщин	
8.26	Стандартизованный коэффициент смертности от злокачественных новообразований органов пищеварения, все возрасты на 100 тыс. нас.	
8.27	Стандартизованный коэффициент смертности от злокачественных новообразований органов пищеварения, все возрасты, 0 – 64 года (0 – 60 лет), на 100 тыс. нас.	
8.28	Стандартизованный коэффициент смертности от злокачественных опухолей толстой и прямой кишки, на 100 тыс. нас.	
8.29	Стандартизованный коэффициент смертности от злокачественных опухолей толстой и прямой кишки (0 – 60 лет), на 100 тыс. нас. данного возраста	
8.30	Показатель заболеваемости раком шейки матки, по возрасту, на 100 тыс. женщин соответствующего возраста	Департамент здравоохранения (ЛПУ, оказывающие мед. помощь, онкологические учреждения)
8.31	Показатель заболеваемости злокачественными новообразованиями молочной железы, по возрасту, на 100 тыс. женщин соответствующего возраста	Департамент здравоохранения (ЛПУ, оказывающие мед. помощь)
8.32	Показатель заболеваемости сахарным диабетом, по полу и возрасту, на 100 тыс. нас.	Областной комитет гос. статистики, расчет
8.33	Стандартизованный показатель смертности от сахарного диабета, на 100 тыс. нас.	Департамент здравоохранения (ЛПУ, оказывающие мед. помощь)
8.34	Показатель заболеваемости анемией, по полу и возрасту, на 100 тыс. нас.	Областной комитет гос. статистики, расчет
9.1	Показатель смертности от инфекционных заболеваний на 100 тыс. нас.	
9.2	Стандартизованный показатель смертности от гепатита А, В, С и др. на 100 тыс. нас.	
9.3	Стандартизованный коэффициент смертности от туберкулеза на 100 тыс. нас.	Центр Роспотребнадзора
9.4	Заболеваемость ОКИ на 100 тыс. нас., по полу и возрасту	
9.5	Заболеваемость гепатитом А, В, С и др. на 100 тыс. нас., по полу и возрасту	Департамент здравоохранения (ЛПУ, оказывающие мед. помощь)
9.6	Заболеваемость туберкулезом на 100 тыс. нас., по полу и возрасту	
9.7	Заболеваемость ЗППП на 100 тыс. нас., по полу и возрасту	Областной центр профилактики и борьбы со СПИДом
9.8	Число ВИЧ-инфицированных на 100 тыс. нас.	
9.9	Заболеваемость СПИДом на 100 тыс. нас., по полу и возрасту	Департамент здравоохранения (ЛПУ, оказывающие мед. помощь)
9.10	Заболеваемость ОРВИ, гриппом на 100 тыс. нас., по полу и возрасту	

Продолжение приложения 6

9.11	Число вспышек инфекционных заболеваний и число пострадавших в них (ОКИ, дифтерия и др.)	Центр Роспотребнадзора
9.12	Показатели иммунной прослойки среди различных возрастных групп населения	Департамент здравоохранения (ЛПУ, оказывающие мед. помощь), Областной комитет Госсанэпиднадзора
10.1	Концентрации загрязнителей атмосферного воздуха (по отдельным веществам)	Центр Роспотребнадзора
10.2	Доля населения, которое получает доброкачественную питьевую воду, удовлетворяющую стандартам (по данным лабораторного контроля)	Центр Роспотребнадзора, Департамент строительства, энергетики и жилищно-коммунального хозяйства
10.3	Выбросы загрязняющих веществ в атмосферный воздух, т	Центр Роспотребнадзора, Департамент охраны природы и природных ресурсов
10.4	Число техногенных аварий/катастроф в течение года	Областное подразделение Министерства по чрезвычайным ситуациям
10.5	Число пострадавших при техногенных авариях/катастрофах, в т.ч. со смертельным исходом	
10.6	Размер ущерба, нанесенного техногенными авариями /катастрофами	
10.7	Число часов в году со среднечасовой концентрацией взвешенных твердых частиц или сернистого ангидрида в атмосфере выше 250 мкг/куб. м	Центр Роспотребнадзора, Гидрометеослужба (ВЦ ГМС)
10.8	Число часов в году со среднечасовой концентрацией озона в атмосфере свыше 200 мкг/куб. м	Областной центр Госсанэпиднадзора, Гидрометеослужба (ВЦ ГМС)
10.9	Удельный вес рекреационных водоемов, удовлетворяющих нормативным требованиям	Областной центр Госсанэпиднадзора, Департамент охраны природы и природных ресурсов
10.10	Доля населения, обеспеченного водоснабжением, получающего воду из водопроводных колонок и из колодцев	Центр Роспотребнадзора, Департамент охраны природы и прир. ресурсов
10.11	Доля населения, обеспеченного централизованной канализацией с очистными сооружениями; канализацией с локальными очистными сооружениями; живущего в неканализованном жилом фонде	Центр Роспотребнадзора, Департамент строительства, энергетики и жилищно-коммунального хозяйства
10.12	Доля населения, обеспеченного системами сбора, удаления и утилизации жидких и твердых бытовых отходов	
10.13	Доля источников водоснабжения, отвечающих требованиям стандартов, из числа поверхностных, подземных, колодцев (каптаж, родники)	Центр Роспотребнадзора, областные жилищно-коммунальные хозяйства
10.14	Общий вес муниципальных отходов, т	Центр Роспотребнадзора, Департамент строительства, энергетики и жилищно-коммунального хозяйства
10.15	Площадь свалок, кв. м	
11.1	Процент некурящих среди взрослого населения старше 18 лет, по возрасту и полу	Опрос населения (ЦМП, ВНКЦ ЦЭМИ РАН и др.)
11.2	Процент курящих 20 и более сигарет в день среди взрослого населения старше 18 лет, по возрасту и полу	
11.3	Процент никогда не куривших среди взрослого населения старше 18 лет, по возрасту и полу	
11.4	Процент бросивших курить в последние два года среди взрослого населения старше 18 лет, по возрасту и полу	
11.5	Процент сокративших курение в последние два года среди взрослого населения старше 18 лет, по полу и возрасту	
11.6	Потребление основных продуктов питания на душу населения	Областной комитет гос. статистики, расчет
11.7	Процент соотношения калорий с учетом общих энергетических затрат, получаемых за счет белков, жиров и углеводов	

Продолжение приложения 6

11.8	Процент населения с повышенным индексом массы тела, по полу и возрасту	Опрос населения (ЦМП, ВНКЦ ЦЭМИ РАН и др.)
11.9	Доля лиц, часто употребляющих алкоголь, в соответствующих возрастных группах	
11.10	Доля лиц, потребляющих наркотические вещества, в соответствующих возрастных группах	
11.12	Доля лиц, занимающихся физкультурой и спортом, в соответствующей возрастной группе	Комитет по физ. культуре и спорту, опрос населения (ЦМП, ВНКЦ РАН и др.)
12.1	Показатели потребления алкоголя в литрах на душу населения (возможны другие показатели), по полу и возрасту	Областной комитет государственной статистики, расчет, Департамент продовольственных ресурсов области
12.2	Заболееваемость и болезненность алкогольными психозами на 100 тыс. нас.	Департамент здравоохранения (ЛПУ, оказывающие мед. помощь, наркологические учреждения)
12.3	Число лиц, состоящих на диспансерном и профилактическом учете по поводу алкоголизма, на 100 тыс. нас., по полу и возрасту	
12.4	Доля лиц, употребляющих наркотические и токсические вещества, в соответствующих возрастных группах	Опрос населения (ЦМП, ВНКЦ РАН и др.)
12.5	Число лиц, состоящих на диспансерном и профилактическом учете по поводу токсикомании и наркомании, по полу и возрасту на 100 тыс. нас.	Департамент здравоохранения (ЛПУ, оказывающие мед. помощь, наркологические учреждения)
12.6	Частота госпитализаций больных наркоманией и токсикоманией, по полу и возрасту на 100 тыс. соответствующего населения	Департамент здравоохранения (ЛПУ, оказывающие стационарную помощь, наркологические учреждения)
12.7	Показатель дорожно-транспортных происшествий с участием лиц, находившихся в состоянии алкогольного опьянения, по полу и возрасту	Областное УВД
12.8	Стандартизованный коэффициент смертности вследствие хронического алкоголизма, на 100 тыс. нас.	Областной комитет гос. статистики, расчет
12.9	Стандартизованный коэффициент смертности вследствие случайного отравления, на 100 тыс. нас.	
12.10	Стандартизованный коэффициент смертности в результате алкогольного цирроза печени, случайного отравления алкоголем, на 100 тыс. нас.	
13.1	Средняя обеспеченность населения жильем, кв. м в среднем на человека	
13.2	Удельный вес числа семей, состоявших на учете на получение жилья, в общем числе семей (на конец года), %	Областной комитет государственной статистики, расчет, Департамент строительства, энергетики и жилищно-коммунального хозяйства
13.3	Капитально отремонтировано жилых домов за год, тыс. кв. м общей площади	
13.4	Уровень благоустройства населенных пунктов (на конец года), наличие водопровода, канализации, центрального отопления, ванн, газоснабжения, горячего водоснабжением, и др.), в %	Заинтересованные учреждения и ведомства
14.1	Работа межведомственных комиссий по вопросам охраны здоровья (число заседаний в год)	
14.2	Количество районов, где проводится программа ЗОЖ	ОЦМП
15.1	Обеспеченность населения врачами основных специальностей на 10 тыс. нас.	Департамент здравоохранения (ЛПУ, оказывающие амбулаторную и стационарную помощь)
15.2	Обеспеченность населения средним медицинским персоналом по отдельным специальностям на 10 тыс. нас.	
15.3	Обеспеченность населения больничными койками всего и по профилю на 10 тыс. нас.	
15.4	Число врачебных амбулаторно-поликлинических учреждений	

Продолжение приложения 6

15.5	Мощность врачебных амбулаторно-поликлинических учреждений (посещений в смену) на 10000 населения	Департамент здравоохранения (ЛПУ, оказывающие амбулаторную и стационарную помощь)
15.6	Количество вызовов и число обслуженных службой скорой помощи в год на 10 тыс. нас.	Департамент здравоохранения (ЛПУ, оказывающие амбулаторную и стационарную помощь, станции скорой медицинской помощи)
15.7	Численность лиц, которым оказана помощь, амбулаторно и при выездах, на 10 тыс. нас.	Департамент здравоохранения (ЛПУ, оказывающие амбулаторную и стационарную помощь)
15.8	Суммарное количество средств, выделенных на капитальное строительство и техническое перевооружение учреждений здравоохранения	Департамент здравоохранения, финансово-экономический отдел
16.1	Исходы лечения (выздоровление, улучшение, ухудшение, без перемен), в %, среди детей и подростков, лиц трудоспособного возраста и пожилых	Департамент здравоохранения (ЛПУ, оказывающие мед. помощь)
16.2	Частота совпадения диагноза при первом посещении и заключительного у детей, лиц трудоспособного возраста и пожилых	Департамент здравоохранения (ЛПУ, оказывающие амбулаторную помощь)
16.3	Доля случаев поликлинического обслуживания, выполненного с профилактической целью, детей, лиц трудоспособного возраста и пожилых	
16.4	Частота осложнений, в том числе при анестезии и хирургических операциях	Департамент здравоохранения (ЛПУ, оказывающие мед. помощь)
16.5	Частота совпадения диагноза направившего учреждения и клинического заключительного диагноза стационара в зависимости от характера заболевания у детей, лиц трудоспособного возраста и пожилых	Департамент здравоохранения (ЛПУ, оказывающие стационарную помощь)
16.6	Больничная летальность, всего, в т.ч. послеоперационная	
16.7	Летальность при различных сроках доставки экстренных больных	Департамент здравоохранения (ЛПУ, оказывающие мед. помощь)
16.8	Доля доставленных в стационар по экстренным показаниям через 6 часов, 24 часа и позже суток	
16.9	Доля повторных поступлений в стационар по поводу одного заболевания в течение года	Департамент здравоохранения (ЛПУ, оказывающие стационарную помощь)
16.10	Экстренность госпитализации в зависимости от источника направления	
16.11	Частота совпадения клинического и патологоанатомического диагнозов в стационаре	
16.12	Число лиц, пролеченных в дневных стационарах	
16.13	Внедрение новых (малоинвазивных и др.) технологий при лечении больных, доля учреждений, в %	Департамент здравоохранения
16.14	Наличие обоснованных жалоб и судебных исков к ЛПУ по поводу качества медицинской помощи, абс.	
17.1	Общие затраты на стационарное медицинское обслуживание, по районам и в целом, % средств, выделенных из общего бюджета субъекта, муниципального образования на здравоохранение	Департамент здравоохранения, ЛПУ и другие учреждения здравоохранения, финансово-экономические отделы, бухгалтерии
17.2	Источники финансирования стационаров (бюджетное, ОМС, ДМС, платные услуги), по районам и в целом	
17.3	Стоимость койко-дня в стационаре, всего, в том числе по кодам экономической классификации, по районам и в целом	
17.4	Общие затраты на поликлиническое обслуживание населения, по районам и в целом	
17.5	Источники финансирования поликлиники (бюджетное, ОМС, ДМС, платные услуги), по районам и в целом	Департамент здравоохранения, ЛПУ и другие учреждения здравоохранения, финансово-экономические отделы, бухгалтерии
17.6	Стоимость одного посещения в поликлинике, всего, в том числе по кодам экономической классификации, по районам и в целом	

Окончание приложения 6

17.7	Общие затраты на стационарное медицинское обслуживание по типам дневных стационаров (дневной стационар при больнице, при поликлинике, на дому) по районам и в целом	Департамент здравоохранения, ЛПУ и другие учреждения здравоохранения, финансово-экономические отделы, бухгалтерии	
17.8	Источники финансирования дневных стационаров (бюджетное, ОМС, ДМС, платные услуги), по районам и в целом		
17.9	Стоимость одного дня пребывания в дневном стационаре всего, в том числе по кодам экономической классификации, по районам и в целом		
17.10	Общие затраты на скорую медицинскую помощь, по районам и в целом		
17.11	Источники финансирования скорой медицинской помощи (бюджетное, ДМС, платные услуги), по районам и в целом		
17.12	Стоимость одного вызова всего, в том числе по кодам экономической классификации, по районам и в целом		
17.13	Выделено средств на один ФАП, по районам и в целом		
17.14	Источники финансирования ФАП (бюджетное, ДМС, платные услуги), по районам и в целом		
17.15	Финансирование прочих учреждений здравоохранения всего, по районам и в целом		
17.16	Источники финансирования прочих учреждений здравоохранения (бюджетное, ДМС, платные услуги), по районам и в целом		
17.17	Финансирование целевых программ (по названию программы) субъекта Российской Федерации, утверждено, фактически, % исполнения		
17.18	Финансирование целевых программ (по названию программы) федеральной, утверждено, фактически, % исполнения		
17.19	Финансирование, всего по учреждениям здравоохранения (утверждено с уточнением и дополнениями), по кодам экономической классификации и фактическое		
17.20	Подушевое количество средств, выделенных на одного жителя (территориально) по районам и в целом		
18.1	Процент охвата различных групп населения обучением по программе «Здоровый образ жизни»		Областной центр медицинской профилактики
18.2	Число лиц, обученных основам здорового образа жизни, всего, абс., % охвата		
18.3	Число медицинских работников, обученных методике профилактики заболеваний и укрепления здоровья, всего		
18.4	Число пациентов, обученных в школах, всего, в том числе (по названию школ) перечислить		
18.5	Число проведенных мероприятий (указать)		Областной центр медицинской профилактики, Комитет печати, телерадиовещания, информационных коммуникаций области
18.6	Число лиц, участвующих в этих мероприятиях		Областной центр медицинской профилактики
18.7	Работа со СМИ (количество публикаций, выступлений и т.п.)	Областной центр медицинской профилактики, Комитет печати, телерадиовещания, информационных коммуникаций области	
19.1	Суммарное количество средств, потраченных на научные исследования по вопросам охраны здоровья	Департамент здравоохранения области и другие заинтересованные ведомства	
19.2	Наличие (перечислить) НИР по вопросам охраны здоровья		
20.1	Количество проектов межведомственного сотрудничества		
21.1	Наличие ежегодного доклада по вопросам охраны здоровья		
21.2	Выполнение целевых программ и мероприятий		
21.3	Комплексная оценка процессов в области охраны здоровья		

ПРИЛОЖЕНИЕ 7

Ранжирование районов Вологодской области по показателям укомплектованности медицинских кадров

Территории	Коэффициент совместимости врачей			Ср. рейтинг по 2000-2004 гг.	Коэффициент совместимости ср. мед. персонала			Ср. рейтинг по 2000-2004 гг.	Врачи с квалификацией (в %)					Ср. рейтинг по 2000-2004 гг.	Медработники с квалификацией (в %)					Ср. рейтинг по 2000-2004 гг.
	2002	2003	2004		2002	2003	2004		2000	2001	2002	2003	2004		2000	2001	2002	2003	2004	
Вологодская область	1,6	1,7	1,7			1,4	1,4		64,7	66,2	67,4	67,8	69		62,9	64,9	68,4	69,7	68,9	
Бабаевский р-н	1,6	1,7	1,8	18	1,2	1,3	1,2	15	72,7	68,2	73,5	66,7	66,8	8	67,1	71,1	70,3	75,6	81,3	13
Бабушкинский р-н	1,4	1,4	1,5	3	1,1	1,1	1,1	2	60	61,1	52,9	50	50	20	45,4	52,2	53,7	57,4	56,8	27
Белозерский р-н	1,6	1,6	1,6	14	1,2	1,3	1,2	16	56,3	56,3	57,6	50	55,9	21	79,2	79,1	82,2	79,3	79	4
Вашкинский р-н	1,7	1,7	1,9	21	1,2	1,2	1,1	9	65,2	65,8	52,9	60	50	16	56,5	56,4	60,2	62,6	56,4	24
Великоустюгский р-н	1,7	1,8	1,8	23	1,1	1,2	1,2	6	55,6	61,1	66,2	70,5	74	14	81,9	80,3	80,2	76,6	76,5	5
Верховажский р-н	1,5	1,6	1,6	9	1	1,1	1,1	1	57,9	72,2	65	66,7	66,7	12	66,1	75	74,8	73,5	72,6	11
Вожегодский р-н	1,7	1,6	1,6	19	1,2	1,2	1,2	10	44,4	46,2	50	51,7	51,7	26	78,6	80,1	84,5	86,7	93,1	3
Вологодский р-н	1,4	1,5	1,7	4	1,3	1,4	1,4	24	82,5	83,9	78,9	75	82,6	3	60,6	61,3	67,8	70,9	65,7	19
Вытегорский р-н	1,5	1,5	1,4	6	1,1	1,1	1,2	3	51	47,1	55,3	47,8	43,5	25	64,1	64,7	65,8	63,6	68	21
Грязовецкий р-н	1,5	1,6	1,6	10	1,2	1,3	1,3	17	60,8	58	60,9	63,8	68,9	15	69,1	70,9	73,4	73,5	71,1	12
Кадуйский р-н	1,4	1,5	1,5	5	1,3	1,3	1,2	21	58,8	63,6	57,6	62,9	61,3	17	61,3	66,7	70,9	71,5	68,6	16
Кирилловский р-н	1,6	1,6	1,5	15	1,4	1,4	1,4	25	53,6	70,4	67,9	52,3	51,6	15	77,4	78,3	81,5	79,6	78,1	5
Кичм.-Городецкий р-н	1,7	1,8	1,9	24	1,1	1,2	1,2	7	75,8	69,7	63,6	65,6	64,5	9	50,2	52,8	60,3	60,5	61,1	25
Междуреченский р-н	1,6	2	1,8	26	1,2	1,3	1,3	18	81,8	90	63,6	63,6	63,6	8	70,3	71,8	75,4	78,6	79,4	9
Никольский р-н	1,9	2	2	28	1,1	1,1	1,1	4	48,1	47,8	54,2	59,1	47,6	23	36	41,7	48,1	50,4	49	28
Нюхненский р-н	1,8	1,9	1,9	27	1,2	1,3	1,2	19	55	52,6	68,4	66,7	70,6	16	59,1	74,1	70,7	77,8	81,3	13
Сохольский р-н	1,6	1,6	1,7	16	1,5	1,5	1,5	27	70,4	69,4	71,2	73,5	77,5	7	63,7	64,8	67	68	69	20
Сямженский р-н	1,4	1,6	1,6	7	1,2	1,3	1,3	20	60	73,3	81,3	78,6	92,9	6	73,9	84,9	84,7	89,6	86,9	2
Тарногский р-н	1,4	1,3	1,4	1	1,2	1,1	1,1	8	58,3	52	63	64,3	72	18	73	74,4	77,1	75,3	70,8	8
Тотемский р-н	1,5	1,6	1,5	11	1,2	1,2	1,2	11	59,6	60,4	60	55,8	50	18	65,3	67,2	67,4	69,8	70	17
Усть-Кубинский р-н	1,6	1,6	1,6	17	1,2	1,4	1,1	22	69,2	53,8	53,8	50	64,3	20	52,1	54,8	56,8	58,8	62,8	26
Устюженский р-н	1,7	1,7	1,7	22	1,2	1,2	1,3	12	91,7	88,2	88,6	91,2	91,4	1	71,8	73	76,8	77,2	77,9	9
Харовский р-н	1,4	1,3	1,5	2	1,2	1,2	1,3	13	75,7	70,3	69,4	73,5	69,7	6	80,6	82,6	82,1	82,1	75,6	3
Чагодощенский р-н	1,5	1,6	1,5	12	1,2	1,2	1,3	14	60,7	58,6	60,7	60,7	57,7	17	64,6	69,4	72,2	71,3	71,7	15
Череповецкий р-н	1,5	1,6	1,6	13	1,3	1,3	1,4	23	43,3	48,4	41	44,8	44,6	27	67,9	68	70,4	69,2	69,8	15
Шекснинский р-н	1,4	1,6	1,6	8	1	1,2	1,2	5	49,1	52,5	44,1	53,7	44,4	24	65,1	70,4	70,2	70,3	68,1	16
г. Череповец	1,7	1,8	1,8	25	1,4	1,5	1,6	26	61,6	63,4	65,4	66,9	67,6	11	59,6	58,6	63,9	66	66,3	23
г. Вологда	1,6	1,7	1,8	20	1,6	1,7	1,7	28	66,8	69,4	71,5	73,1	74,4	8	60	65,9	68,4	67,5	63,4	20

ПРИЛОЖЕНИЕ 8

Ранжирование районов Вологодской области по показателям работы коечного фонда

Территории	Больничная летальность					Средний рейтинг за 2000-2004 гг.	Запушенность злокачественных заболеваний					Средний рейтинг за 2000-2004 гг.	Среднее пребывание на койке					Средний рейтинг за 2000-2004 гг.	
	2000	2001	2002	2003	2004		2000	2001	2002	2003	2004		2000	2001	2002	2003	2004		
Вологодская область	1,2	1,3	1,3	1,4	1,4		23	23,5	25	23,3	22		15	14,4					
Бабаевский р-н	0,7	0,9	0,6	0,8	0,8	5	35,1	27,3	18,9	24,3	33,7	17	13	13,7	13,4	12,8	12,9	22	
Бабушкинский р-н	0,9	1,2	0,9	1,3	0,8	13	38,2	22	33,4	35,8	27,9	22	12,1	12,4	12,2	12,1	12,2	14	
Белозерский р-н	0,8	0,5	0,9	0,9	0,8	7	25	23,6	17,7	30,4	19,2	13	12,3	12,4	12,1	11,9	12,5	14	
Вашкинский р-н	0,9	1,1	0,5	0,5	1	7	24,3	25	24,3	10	19,3	11	12,5	12,3	10,5	10,5	11,3	8	
Великоустюгский р-н	1,4	1,5	1,7	1,9	1,7	24	17,8	29	28,2	28,3	16,5	17	15	14	13,8	13,7	13,8	25	
Верховажский р-н	0,8	1	0,9	0,8	0,7	9	26,8	29	24	20	17,5	16	11,5	10,6	10,4	10,7	10,5	4	
Вожегодский р-н	0,8	0,9	0,9	1	0,9	9	19,4	26,2	21,3	35,5	16,1	14	14,1	13,2	12,7	12,5	12,7	21	
Вологодский р-н	0,4	0,3	0,2	0,2	0,2	1	21,6	26,7	24,8	22,3	22,6	13	12,3	12,1	11,6	11,5	11,5	12	
Вытегорский р-н	1,2	1,3	1,2	1,2	1,4	18	24,1	31,2	27	20,6	20	17	13,2	13,2	12,7	11,8	11,8	19	
Грязовецкий р-н	1	1,4	1,3	1,4	1,2	19	20,4	26,3	18,8	26,1	23,1	11	10,6	10,5	10,6	10,5	10,5	3	
Кадуйский р-н	1,1	1,3	0,9	1,4	1,8	17	25	17,1	37,5	40,3	20,7	19	11,7	10,2	10,4	9,8	12,7	3	
Кирилловский р-н	1,1	0,8	1,1	0,8	1	12	22,8	20,8	21	22,3	24,5	10	13	12,5	12,3	12,1	12,7	18	
Кичм.-Городецкий р-н	0,7	0,6	0,8	0,6	0,5	4	30,3	17,5	22,8	18,3	23,8	11	10,9	11,4	11,4	11,1	11,1	7	
Междуреченский р-н	1,3	1,4	1	1,3	0,9	19	30,7	43,2	20,8	42,1	20,6	22	11,8	11,2	11,2	10,7	11,4	6	
Никольский р-н	0,8	0,9	0,7	1	0,7	9	27,5	26,6	32,8	30,8	17,1	22	11	11,9	11,5	11,1	10,9	8	
Нюксенский р-н	0,6	0,6	0,8	1	0,8	6	14,2	31,5	21	14,2	10,8	10	10,3	10,3	10,8	10,8	10,9	4	
Сокольский р-н	1,8	2	2	2,3	2,3	27	24,7	27,3	27,1	21,6	33	17	12,5	12	12,3	12,4	12,4	16	
Сямженский р-н	0,9	1	1,1	1,4	1,3	16	22,5	29,6	18,5	30,7	31,4	15	11,4	11,6	11,2	11,6	12,2	9	
Тарногский р-н	1	0,9	1	0,8	0,6	12	34,2	19,6	17,1	25	23,5	13	12,3	11,3	11,8	11,5	11,4	11	
Тотемский р-н	0,6	0,8	0,9	0,7	1,1	6	17,9	14,1	25,3	25	18	10	12	12,1	11,5	11,5	11,4	11	
Усть-Кубинский р-н	0,9	1,1	1	1	1,1	14	24,2	25,6	18,6	28,1	20	12	14,5	14,3	13,4	13,8	14,3	25	
Устюженский р-н	1,7	1,6	2,1	2,2	2,5	26	24,5	13,3	16,4	29,2	28,2	9	14,7	14,3	14,3	13,9	14	27	
Харовский р-н	2,1	1,8	1,7	2,1	1,8	26	27,5	26,2	26,3	24,7	23,2	18	14,3	13,5	13,1	12,8	12,4	23	
Чагодощенский р-н	1	0,9	1,2	1,3	0,8	17	31,7	26,7	39,1	23,8	23	21	12,7	11,9	11,6	11	11	11	
Череповецкий р-н	1,1	1,4	1,1	1,2	1,4	19	31,8	26,3	26,4	23,2	25,4	19	19,4	20,2	18,6	18,7	19,4	28	
Шекснинский р-н	1,2	1,3	1	0,8	0,7	17	25,3	23,4	25,8	18,9	17,3	13	12,9	13,3	12,4	11,4	11,4	17	
г. Череповец	1,1	1,3	1,4	1,5	1,5	22	22,1	18,4	21,2	20,4	18,7	8	15,1	14,1	14	13,8	13,6	26	
г. Вологда	2	2,1	2,2	2,5	2,4	28	21,7	18,7	23,2	19,8	21,4	8	13,4	12,5	12,4	12,3	12,2	19	

ПРИЛОЖЕНИЕ 9

Охват профосмотрами и уровень диспансеризации в Вологодской области

Территории	Охват профосмотрами					Средний рейтинг за 2000 – 2004 гг.	Число лиц, состоящих на диспансерном наблюдении					Средний рейтинг за 2000 – 2004 гг.
	2000 г.	2001 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.		2000 г.	2001 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.	
Вологодская область	93	92	94	94	93		249	254	260	258	262	
Бабаевский р-н	93,6	89	77	93	92	18	325	334	352	379	382	27
Бабушкинский р-н	86,8	82	85	88	90	22	174	178	182	185	188	3
Белозерский р-н	98	94	97	95	95	7	306	300	317	317	323	24
Вашкинский р-н	95	94	98	97	95	7	268	282	287	289	293	19
Великоустюгский р-н	92	86	95	96	96	13	297	295	294	294	297	22
Верховажский р-н	83	81	87	85	88	23	169	195	208	204	218	4
Вожегодский р-н	94	96	93	94	98	12	269	269	260	269	278	17
Вологодский р-н	90	90	89	92	92	18	160	187	183	190	174	3
Вытегорский р-н	89	89	94	95	96	15	201	217	230	226	248	8
Грязовецкий р-н	93	90	91	93	93	16	168	160	172	157	156	1
Кадуйский р-н	100	98	91	94	89	9	252	287	356	334	356	22
Кирилловский р-н	98	97	96	96	95	6	290	302	304	289	285	23
Кичм.-Городецкий р-н	83	84	75	82	92	24	234	227	236	249	248	11
Междуреченский р-н	77	73	68	80	75	27	343	305	380	322	351	27
Никольский р-н	100	100	92	95	73	8	214	192	243	225	266	7
Нюксенский р-н	71	75	89	93	76	23	230	237	245	247	265	11
Сокольский р-н	96	89	96	96	96	11	264	298	299	287	291	20
Сямженский р-н	87	88	93	88	94	19	296	300	339	343	401	25
Тарногский р-н	92	93	88	96	93	15	268	286	279	273	285	19
Тотемский р-н	96	98	98	98	94	4	219	236	277	281	292	13
Усть-Кубинский р-н	67	65	81	90	96	25	249	252	258	256	329	13
Устюженский р-н	78	78	82	87	76	24	254	256	271	281	308	16
Харовский р-н	81	80	79	79	79	25	227	221	215	208	220	7
Чагодощенский р-н	97	96	98	98	99	5	257	259	256	262	282	15
Череповецкий р-н	92	94	94	94	94	14	191	197	219	224	238	6
Шекснинский р-н	98	98	98	99	95	4	307	320	323	327	278	26
г. Череповец	96	96	98	97	92	7	252	253	248	246	256	13
г. Вологда	95	98	97	95	99	9	220	222	222	220	216	8

ПРИЛОЖЕНИЕ 10

Ранжирование районов Вологодской области по показателям работы акушерско-гинекологической службы

Территории	Младенческая смертность					Средний рейтинг за 2000 – 2004 гг.	Аборты на 100 родов					Средний рейтинг за 2000 – 2004 гг.
	2000	2001	2002	2003	2004		2000	2001	2002	2003	2004	
Вологодская область	15,9	17,3	13,8	12,6	10,9		129	130	131	165	161	
Бабаевский р-н	16,5	32	17,9	11,2	11,5	18	100	105	127	127	167	6
Бабушкинский р-н	15,4		25,6	18,8	31,4	15	76	103	112	155	254	6
Белозерский р-н		25,2	5,2	6,1	18,7	8	219	268	188	252	169	20
Вашкинский р-н	23,6	22,6	15,6	5,5	20,0	16	440	545	558	588	678	26
Великоустюгский р-н	8,9	28,6		31,6	8,5	14	102	115	99	131	135	6
Верховажский р-н	5,8	17,1	12	24,8	14,7	13	162	149	180	174	174	13
Вожегодский р-н	9,9	18,5	20	–	18,3	11	224	209	104	154	130	13
Вологодский р-н	28,2	13,1	14,3	12,7	3,6	16						–
Вытегорский р-н	12,4	35,3	23,3	18,1	12,3	20	253	209	201	283	255	22
Грязовецкий р-н	6,8	17,9	19,1	17,3	18,2	13	186	186	193	215	243	18
Кадуйский р-н	20,5	30,3	10,3	–		13	387	202	147	161	253	16
Кирилловский р-н	13,9	19,4	22,3	–	14,1	12	263	208	232	182	104	20
Кичм.-Городецкий р-н	18,6	26,3	10,6	31,4	14,5	19	69	74	77	276	248	8
Междуреченский р-н	17,5	12,7	13,5	12	14,1	12	128	116	127	181	202	10
Никольский р-н	14,1	27,5	29,9	18,5	17,5	20	158	133	159	177	204	12
Нюксенский р-н	18,1	26,8	7,5	10,2	36,8	14	97	111	93	234	163	8
Сокольский р-н	41,7	7,6	20,7	6,5	15,9	16	150	153	151	241	231	15
Сямженский р-н	27,2	32,6		19,6	14,5	18	217	150	91	166	119	11
Тарногский р-н	21,3	21,3	13,2	25,6	12,2	19	55	77	74	157	180	3
Тотемский р-н	18,1	12,1	19,5	3,3	7,6	12	66	94	106	129	150	4
Усть-Кубинский р-н	23,5	12,2		–		7			392	262	280	–
Устюженский р-н	18,5	9,9	31,9	16,3	11,1	16	158	167	202	190	186	17
Харовский р-н		26,3	10,8	5,2		10	180	174	182	187	210	16
Чагодощенский р-н	12	34,2	7,1	24,5	21,0	16	111	164	209	272	274	17
Череповецкий р-н	32,4	21,5	17,2	19,8	11,3	21						–
Шекнинский р-н	27,3	17,8	10,2	21,3	13,7	17	244	284	237	242	297	22
г. Череповец	10	14,1	10,5	7,4	6,9	9	143	147	162	209	195	13
г. Вологда	14,7	14	13,4	12,8	10,8	12	117	116	105	138	134	7

ПРИЛОЖЕНИЕ 11

Деятельность амбулаторно-поликлинического звена и скорой медицинской помощи

Территории	Число АП посещений на 1 жителя в год		Уровень госпитализации		Вызовы скорой помощи на 1000 населения		Средний рейтинг районов за 2003 г.	Средний рейтинг районов за 2000 – 2003 гг.
	2003 г.	2000 – 2003 гг.	2003 г.	2000 – 2003 гг.	2003 г.	2000 – 2003 гг.		
Бабаевский р-н	8	20	27	28	13	12	16	20
Бабушкинский р-н	27	2	5	9	9	6	14	6
Белозерский р-н	13	14	26	25	26	26	22	22
Вашкинский р-н	23	6	28	26	25	23	25	18
Великоустюгский р-н	9	21	11	17	20	21	13	19
Верховажский р-н	26	3	17	20	5	5	16	9
Вожегодский р-н	21	8	6	6	18	19	15	11
Вологодский р-н	19	9	2	2		0	11	4
Вытегорский р-н	16	12	18	14	15	20	16	15
Грязовецкий р-н	17	13	4	5	2	3	8	7
Кадуйский р-н	10	19	15	14	10	14	12	16
Кирилловский р-н	11	17	20	17	24	22	18	19
Кичм.-Городецкий р-н	14	15	13	13	19	14	15	14
Междуреченский р-н	25	4	16	16	1	2	14	7
Никольский р-н	28	1	22	21	14	13	21	12
Нюксенский р-н	24	5	19	23	8	9	17	12
Сокольский р-н	4	24	7	9	21	16	11	16
Сямженский р-н	22	7	24	23	4	8	17	13
Тарногский р-н	15	16	12	14	16	15	14	15
Тотемский р-н	18	11	25	24	11	9	18	15
Усть-Кубинский р-н	7	22	8	6	3	3	6	10
Устюженский р-н	2	27	10	10	12	15	8	17
Харовский р-н	12	18	9	9	23	22	15	16
Чагодощенский р-н	6	23	14	11	17	23	12	19
Череповецкий р-н	20	10	1	1		0	11	4
Шекнинский р-н	5	25	21	20	22	19	16	21
г. Череповец	1	28	23	24	6	7	10	19
г. Вологда	3	26	3	3	7	8	4	12

ПРИЛОЖЕНИЕ 12

Мощность работы учреждений здравоохранения Вологодской области в 2004 г.

Территории	Число дней работы койки	Ранг	Число посещений на 10 тыс. чел. нас.	Ранг	Число посещений на 1 жителя в год врачей	Ранг	Укомплек- тованность врачами	Ранг	Укомплек- тованность средним мед. персоналом	Ранг	Обеспечен- ность врачами на 10 тыс. чел.	Ранг	Обеспечен- ность средним мед. персоналом на 10 тыс. чел. нас.	Ранг	Средний рейтинг
Бабаевский р-н	348,5	4	195,4	20	6,9	8	53,8	13	79,8	12	19,6	5	95,7	10	11
Бабушкинский р-н	302,6	27	183,5	22	3,2	27	46,2	23	83,6	8	10,9	26	90,3	15	21
Белозерский р-н	655,7	1	208,6	17	4,9	20	48,4	22	79,7	13	16,2	12	95,5	11	15
Вашкинский р-н	340,7	5	220,7	14	4,6	22	50,5	20	84,4	6	14,2	20	118,6	2	13
Великоустюгский р-н	318,8	20	279,6	8	7,2	7	54,3	12	81,3	9	29,7	2	138	1	11
Верховажский р-н	316,6	21	147,7	26	3,5	26	55,4	11	88,5	2	11,1	24	83,1	22	17
Вожегодский р-н	322,3	18	270,2	9	5,5	14	58,6	4	86,3	4	15,5	14	84,8	18	10
Вологодский р-н	331,1	11	189,6	21	4,4	23	44,1	25	68,9	24	9,2	27	40,6	28	21
Вытегорский р-н	314	22	201,8	18	6,3	9	66,7	1	84,8	5	14,7	17	86,9	17	11
Грязовецкий р-н	329,6	14	249	11	5,5	14	56,6	8	77,3	14	11	25	62,7	26	12
Кадуйский р-н	307,7	24	233,4	13	5,9	12	58,3	5	81,1	10	17	7	83,8	20	13
Кирилловский р-н	333,4	9	215,9	15	5,7	13	56,6	8	69,9	22	16,8	8	84,2	19	13
Кичм.-Городецкий р-н	325,9	16	294,3	6	5,3	17	51,7	17	83,9	7	14,2	20	98,8	8	13
Междуреченский р-н	328,1	15	238,3	12	4,2	24	46	24	69,1	23	14,7	17	90,8	13	20
Никольский р-н	330,1	13	162,4	24	2,4	28	40,2	27	88,5	2	8	28	99,3	7	19
Нюксенский р-н	335,2	8	391,8	1	4,2	24	36,4	28	71,5	20	14,6	19	96,1	9	16
Сокольский р-н	305,1	26	328,9	3	7,4	5	56,2	10	66	25	24,3	4	94,5	12	14
Сямженский р-н	368,7	3	299,4	5	5	19	43,7	26	76,8	16	13,6	23	103,6	5	14
Тарногский р-н	309	23	367,3	2	5,5	14	60,8	2	89,6	1	16,5	9	110,6	3	8
Тотемский р-н	337,6	7	136,9	28	5,3	17	57,1	7	76,7	17	16	13	88,7	16	15
Усть-Кубинский р-н	391,3	2	320,7	4	8,3	3	50,9	19	74,6	19	14,9	16	100,4	6	9
Устюженский р-н	339,4	6	168,2	23	8,2	4	58,1	6	75,7	18	16,5	9	76,8	24	11
Харовский р-н	330,7	12	145,6	27	6,1	10	60,2	3	77,2	15	16,5	9	83,8	20	13
Чагодощенский р-н	307,3	25	196,2	19	7,4	5	51,3	18	71,4	21	17,1	6	90,5	14	18

ПРИЛОЖЕНИЕ 13

Перечень показателей для экономического мониторинга здравоохранения

1. Показатели обеспеченности материальными и кадровыми ресурсами сферы здравоохранения:
 - Обеспеченность населения врачами основных специальностей, на 10 тыс. нас., в разрезе муниципальных образований.
 - Укомплектованность врачами основных специальностей.
 - Обеспеченность населения средним мед. персоналом, по отдельным специальностям, на 10 тыс. нас., в разрезе муниципальных образований.
 - Укомплектованность средним медицинским персоналом, по отдельным специальностям.
 - Обеспеченность населения больничными койками, всего и по профилю (в том числе в дневных стационарах), на 10 тыс. нас., в разрезе муниципальных образований.
 - Число коек, всего и по профилю (в том числе в дневных стационарах).
 - Число врачебных амбулаторно-поликлинических учреждений.
2. Показатели обеспеченности финансовыми ресурсами:
 - Финансирование, всего по учреждениям здравоохранения, по кодам экономической классификации и фактическое.
 - Подушевое количество выделенных средств на одного жителя (территориально), по районам и в целом.
 - Удовлетворение потребности в финансовых ресурсах, по районам и в целом.
 - Среднемесячная зарплата в отрасли, по районам и в целом.
 - Стоимость койко-дня в стационаре всего, в том числе по кодам экономической классификации, по районам и в целом.
 - Общие затраты на стационарное медицинское обслуживание, по районам и в целом, % выделенных средств из общего бюджета субъекта, муниципального образования на здравоохранение (в том числе по источникам финансирования).
 - Общие затраты на поликлиническое обслуживание населения, по районам и в целом (в том числе по источникам финансирования).
 - Стоимость одного посещения в поликлинике всего, в том числе по кодам экономической классификации, по районам и в целом.
 - Общие затраты на стационарное медицинское обслуживание по типам дневных стационаров (дневной стационар при больнице, при поликлинике, на дому) по районам и в целом (в том числе по источникам финансирования).
 - Стоимость одного дня пребывания в дневном стационаре всего, в том числе по кодам экономической классификации, по районам и в целом.

- Общие затраты на скорую медицинскую помощь по районам и в целом (в том числе по источникам финансирования).
- Стоимость одного вызова всего (в том числе по кодам экономической классификации, по районам и в целом).
- Выделено средств на один ФАП, по районам и в целом (в том числе по источникам финансирования).
- Финансирование прочих учреждений здравоохранения всего, по районам и в целом.
- Источники финансирования прочих учреждений здравоохранения (бюджетное, ДМС, платные услуги), по районам и в целом.
- Финансирование целевых программ (по названию программы) субъекта Российской Федерации, утверждено, фактически, % исполнения.
- Финансирование целевых программ (по названию программы федеральной), утверждено, фактически, % исполнения.
- Суммарное количество средств, выделенных на капитальное строительство и техническое перевооружение учреждений здравоохранения.

3. Показатели качества медицинской помощи:

- Исходы лечения (выздоровление, улучшение, ухудшение, без перемен), в %, среди детей и подростков, лиц трудоспособного возраста и пожилых.
- Частота совпадения диагноза при первом посещении и заключительного у детей, лиц трудоспособного возраста и пожилых.
- Запущенность злокачественных новообразований.
- Охват профосмотрами.
- Охват ежегодной диспансеризацией.
- Распространенность абортот.
- Младенческая смертность.
- Материнская смертность.
- Удельный вес врачей и средних медработников, имеющих квалификационные категории.
- Коэффициент совместительств у врачей и среднего медицинского персонала (по специальностям).
- Доля случаев поликлинического обслуживания, выполненного с профилактической целью, детей, лиц трудоспособного возраста и пожилых.
- Частота осложнений, в том числе при анестезии и хирургических операциях.
- Частота совпадения диагноза направившего учреждения и клинического заключительного диагноза стационара в зависимости от характера заболевания у детей, лиц трудоспособного возраста и пожилых.
- Больничная летальность всего, в т. ч. послеоперационная.
- Летальность при различных сроках доставки экстренных больных.

- Доля доставленных в стационар по экстренным показаниям в течение 24 часов и позже суток.
 - Доля повторных поступлений в стационар по поводу одного заболевания.
 - Экстренность госпитализации в зависимости от источника направления.
 - Частота совпадения клинического и патологоанатомического диагнозов в стационаре.
 - Наличие обоснованных жалоб и судебных исков к ЛПУ по поводу качества медицинской помощи, абс.
 - Средняя длительность лечения в стационарах (в том числе в дневных), по классам болезней и возрастам.
 - Мнение населения о качестве медицинской помощи.
4. Показатели, характеризующие объем медицинской помощи:
- Мощность врачебных амбулаторно-поликлинических учреждений (посещений в смену) на 10 тыс. нас.
 - Число посещений амбулаторно-поликлинических учреждений в смену.
 - Число посещений амбулаторно-поликлинических учреждений на 1 жителя в год.
 - Количество вызовов и число лиц, обслуженных службой скорой помощи, на 1 тыс. нас. в год.
 - Численность лиц, которым оказана помощь, амбулаторно и при выездах, на 10 тыс. нас.
 - Уровень госпитализации (с койками дневного пребывания и сестринского ухода).
 - Проведено больными койко-дней в стационарах (в том числе в дневных) в целом и на 10 тыс. нас.
 - Число дней работы койки в стационарах (в том числе в дневных).
 - Среднее пребывание больных на койке в стационарах (в том числе в дневных).
 - Мнение населения о доступности медицинской помощи.
5. Показатели здоровья населения:
- Смертность населения.
 - Естественный прирост населения.
 - Средняя продолжительность жизни.
 - Младенческая и материнская смертность.
 - Общая и первичная заболеваемость населения.
 - Инвалидизация населения.

ПРИЛОЖЕНИЕ 14

Затраты на одного жителя по классам болезней за 2000 – 2004 годы
(с учетом всех источников финансирования, включая областной бюджет; ранговая оценка за 2004 год)

Название класса	2000 г.		2001 г.		2002 г.		2003 г.		2004 г.	
	Затраты, всего	Затраты на 1 жителя	Затраты, всего	Затраты на 1 жителя	Затраты, всего	Затраты на 1 жителя	Затраты, всего	Затраты на 1 жителя	Затраты, всего	Затраты на 1 жителя
Болезни системы кровообращения	294 356 225	223	329 743 343	258	444 397 024	343	172 908 544	133	923 325 044	738
Психические расстройства и расстройства поведения	47 933 790	36	139 860 766	110	224 508 016	173	119 899 920	93	820 568 448	656
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	125 227 898	95	261 953 390	205	248 967 392	192	97 355 824	75	252 525 718	202
Болезни органов дыхания	276 441 078	209	305 230 968	239	432 243 104	334	212 330 816	164	233 334 623	187
Новообразования	69 685 072	53	167 550 963	131	71 709 016	55	21 183 610	16	215 163 705	172
Болезни органов пищеварения	299 768 121	227	277 259 456	217	388 240 512	300	225 080 640	174	192 801 607	154
Болезни костно-мышечной системы	148 962 072	113	167 853 587	131	228 779 440	177	90 756 520	70	171 141 140	137
Болезни глаза и его придаточного аппарата	62 078 401	47	61 001 891	48	56 164 432	43	30 384 812	23	166 799 468	133
Болезни мочеполовой системы	121 588 210	92	144 065 696	113	86 337 992	67	57 295 228	44	156 727 379	125
Травмы, отравления, другие последствия воздействия внешних причин	202 047 189	153	219 065 577	172	267 406 480	206	93 888 320	72	117 589 070	94
Болезни эндокринной системы, расстройства питания, нарушения обмена веществ	78 265 182	59	88 943 875	70	66 641 416	51	30 255 758	23	113 424 739	91
Факторы, влияющие на состояние здоровья населения	161 241 054	122	125 631 371	98	156 690 464	121	102 102 360	79	70 195 350	56
Болезни кожи и подкожной клетчатки	102 715 896	78	78 876 834	62	39 828 816	31	32 877 156	25	40 367 552	32
Болезни нервной системы	70 228 652	53	86 095 171	67	96 888 976	75	45 667 108	35	38 666 959	31
Беременность, роды и послеродовой период	111 719 210	85	192 013 761	150	146 756 800	113	87 293 040	67	36 054 547	29
Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде	94 208 934	71	49 771 075	39	78 760 520	61	29 948 948	23	30 217 887	24
Болезни уха и сосцевидного отростка	22 567 255	17	21 299 172	17	25 954 468	20	11 331 203	9	16 894 960	14
Болезни крови, кроветворных органов, нарушения, вовлекающие иммунный механизм	14 413 157	11	18 443 341	14	21 928 908	17	6 237 292	5	12 780 312	10
Врожденные аномалии, деформации и хромосомные нарушения	16 112 082	12	15 756 172	12	19 537 653	15	6 693 941	5	10 645 240	9
Симптомы, отклонения от нормы, выявленные при клин. и лаб. исследованиях	12 063 989	9	18 551 779	15	16 674 616	13	5 755 500	4	1 1535 397	9
Внешние причины заболеваемости и смертности	1 770 648	1	1 594 876	1	2 369 113	2	1 671 093	1	945 893	1
Всего	2 333 394 076	1 767	2 770 563 072	2 170	3 120 585 158	2 408	1480917632	1143	3631705038	2904

ПРИЛОЖЕНИЕ 15

Структура социальных потерь за 2000 – 2004 годы (ранговая оценка за 2004 год)

Название класса	2000 г.				2001 г.				2002 г.				2003 г.				2004 г.			
	Кол-во смертей	Сумма ППГЖ	ППГЖ на 1случ.	Средний возраст смерти	Кол-во смертей	Сумма ППГЖ	ППГЖ на 1случ.	Средний возраст смерти	Кол-во смертей	Сумма ППГЖ	ППГЖ на 1случ.	Средний возраст смерти	Кол-во смертей	Сумма ППГЖ	ППГЖ на 1случ.	Средн. возраст смерти	Кол-во смертей	Сумма ППГЖ	ППГЖ на 1случ.	Средний возраст смерти
Травмы, отравления, другие последствия воздействия внешних причин	3 109	65 633	21	45	3 501	69 945	20	44	3 429	71 275	21	44	3 764	75 145	20	45	3 708	74 939	20	45
Болезни системы кровообращения	11 952	30 774	3	62	13 545	37 399	3	62	12 786	33 236	3	62	13 800	41 782	3	62	13 171	42 524	3	62
Болезни органов пищеварения	647	7 050	11	53	962	11 590	12	54	776	9 670	12	53	1 217	15 978	13	52	1 511	21 903	14	51
Новообразования	2 737	12 823	5	60	2 643	13 517	5	60	2 740	13 899	5	60	2 805	13 705	5	60	2 648	12 724	5	60
Болезни органов дыхания	783	6 528	8	56	994	9 748	9	57	819	7 705	9	56	1 054	10 428	10	55	923	9 981	11	54
Симптомы, отклонения от нормы	1 049	4 736	5	60	1 248	6 753	5	60	1 226	5 807	5	60	1 390	7 685	6	59	1 365	7 492	5	60
Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде	91	5 606	62	3	96	5 942	62	3	106	6 548	62	3	91	5 589	61	4	83	5 168	62	3
Инфекционные и паразитарные болезни	144	2 976	21	47	182	3 279	18	44	166	3 198	19	46	224	4 615	21	44	188	3 757	20	45
Врожденные аномалии	61	2 874	47	26	66	3 261	49	18	71	3 323	47	18	77	3 679	48	17	65	3 304	51	14
Болезни нервной системы	104	1 907	18	43	104	2 288	22	47	126	2 542	20	45	143	2 617	18	47	150	2 610	17	48
Психические расстройства	54	755	14	31	71	992	14	51	65	990	15	50	92	1 301	14	51	68	1 017	15	50
Болезни мочеполовой системы	116	922	8	56	96	901	9	57	94	939	10	55	107	969	9	56	109	891	8	57
Болезни эндокринной системы	110	654	6	57	113	848	8	59	133	1 039	8	57	126	967	8	57	114	738	6	59

Окончание приложения 15

Болезни кожи и подкожной клетчатки	5	31	6	54	18	190	11	59	7	160	23	42	11	127	12	53	18	225	13	53
Беременность, роды	4	156	39	29	7	255	36	26	6	232	39	26	4	139	35	30	6	219	37	29
Болезни костно-мышечной системы	15	220	15	50	19	284	15	50	30	431	14	51	17	225	13	52	20	156	8	57
Болезни крови	17	256	15	55	19	188	10	50	13	116	9	56	15	112	7	58	14	74	5	60
Факторы, влияющие на состояние здоровья населения	2	0	0	50	8	120	15	65	2	39	20	46	0	0	0	65	0	0	0	65
Болезни уха и сосцевидного отростка	1	28	28	65	0	0	0	37	1	28	28	37	1	42	42	23	0	0	0	65
Болезни глаза и его придаточного аппарата	1	9	9	65	0	0	0	56	0	0	0	65	0	0	0	65	0	0	0	65
Внешние причины заболеваемости и смертности	0	0	0	65	0	0	0	65	0	0	0	65	0	0	0	65	0	0	0	65
Всего	20907	143504			23692	167500			22596	161177			24938	185105			24161	187722		
Среднее				50				48				47				49				51

ПРИЛОЖЕНИЕ 16

Макроанализ по классу травмы и отравления (по диагнозам) за 2004 год

		Затраты	
		Высокие	Низкие
Соц. потери (ПГПЖ)	Высокие	<p>S06 Внутрочерепная травма – 1,67 S27 Травма других и неуточненных органов грудной полости – 1,22 T02 Переломы, захватывающие несколько областей тела – 0,61 T06 Другие травмы, охватывающие несколько областей тела, не классифицированные в других рубриках – 0,43 S02 Перелом черепа и лицевых костей – 0,30 T51 Токсическое действие алкоголя – 0,16</p>	<p>S36 Травма органов брюшной полости – 0,36 T58 Токсическое действие окиси углерода – 0,12 T59 Токсическое действие других газов, дымов и паров – 0,09 T68 Гипотермия – 0,07 T17 Инеродное тело в дыхательных путях – 0,01 T71 Асфиксия – 0,01 T65 Токсическое действие других и неуточненных веществ – 0,01 T75 Воздействие других внешних причин – 0,00 S26 Травма сердца – 0,00</p>
	Низкие	<p>S42 Перелом на уровне плечевого пояса и плеча – 0,00 S01 Открытая рана головы – 2,46 T29 Термические и химические ожоги нескольких областей тела – 2,60 T54 Токсическое действие разъедающих веществ – 2,76 S22 Перелом ребра (ребер), грудины и грудного отдела позвоночника – 5,55 S32 Перелом пояснично-крестцового отдела позвоночника и костей таза – 6,01 T31 Термические ожоги, классифицированные в зависимости от площади пораженной поверхности тела – 17,58 S81 Открытая рана голени – 22,33 T21 Термические и химические ожоги туловища – 56,29 S72 Перелом бедренной кости – 561,74</p>	<p>T52 Токсическое действие органических растворителей – 0,02 T05 Травматические ампутации, захватывающие несколько областей тела – 0,02 T00 Поверхностные травмы, захватывающие несколько областей тела – 0,08 T09 Другие травмы позвоночника и туловища на неуточненном уровне – 0,08 S09 Другие и неуточненные травмы головы – 0,11 T01 Открытые раны, захватывающие несколько областей тела – 0,12 S11 Открытая рана шеи – 0,13 S12 Перелом шейного отдела позвоночника – 0,17 S25 Травма кровеносных сосудов грудного отдела – 0,19 T07 Множественные неуточненные травмы – 0,21 S21 Открытая рана грудной клетки – 0,22 T50 Отравление диуретиками и другими неуточненными лекарственными средствами, медикаментами и биологическими веществами – 0,28 T30 Термические и химические ожоги неуточненной локализации – 0,34 T79 Некоторые ранние осложнения травм, не классифицированные в других рубриках – 0,38 T33 Поверхностное отморожение – 0,82 T78 Неблагоприятные эффекты, не классифицированные в других рубриках – 0,83 S37 Травма газовых органов – 1,55 T80 Осложнения, связанные с инфузией, трансфузией и лечебной инъекцией – 2,59 S00 Поверхностная травма головы – 7,37 T35 Отморожение, захватывающее несколько областей тела, и неуточненное отморожение – 21,07</p>

ПРИЛОЖЕНИЕ 17

Макроанализ по классу болезней системы кровообращения (по диагнозам) за 2004 год

		Затраты	
		Высокие	Низкие
Соц. потери (ПГПЖ)	Высокие	I67 Другие цереброваскулярные болезни – 111,09 I21 Острый инфаркт миокарда – 14,10 I25 Хроническая ишемическая болезнь сердца – 7,95	I61 Внутримозговое кровоизлияние – 7,15 I64 Инсульт, не уточненный как кровоизлияние или инфаркт – 1,93 I42 Кардиомиопатия – 0,41 I26 Легочная эмболия – 0,28 I24 Другие формы острой ишемической болезни сердца – 0,26
	Низкие	I11 Гипертензивная болезнь сердца [гипертоническая болезнь сердца с преимущественным поражением сердца] – 202,94 I10 Эссенциальная [первичная] гипертензия – 204,46 I70 Атеросклероз – 307,51 I63 Инфаркт мозга – 315,67 I20 Стенокардия [грудная жаба] – 627,91	I01 Ревматическая лихорадка с вовлечением сердца – 0,02 I77 Другие поражения артерий и артериол – 0,03 I28 Другие болезни легочных сосудов – 0,04 I62 Другое нетравматическое внутримозговое кровоизлияние – 0,25 I45 Другие нарушения проводимости – 0,31 I51 Осложнения и неточно обозначенные болезни сердца – 0,55 I73 Другие болезни периферических сосудов – 0,55 I33 Острый и подострый эндокардит – 0,63 I85 Варикозное расширение вен пищевода – 1,71 I13 Гипертензивная [гипертоническая] болезнь с поражением сердца и почек – 2,39 I71 Аневризма и расслоение аорты – 3,58 I23 Некоторые текущие осложнения острого инфаркта миокарда – 3,94 I09 Другие ревматические болезни сердца – 5,06 I34 Неревматические поражения митрального клапана – 5,08 I50 Сердечная недостаточность – 5,38 I27 Другие формы легочно-сердечной недостаточности – 6,95 I60 Субарахноидальное кровоизлияние – 8,02 I12 Гипертензивная [гипертоническая] болезнь, осложненная поражением почек – 11,16 I08 Поражения нескольких клапанов – 20,79 I06 Ревматические болезни аортального клапана – 21,39 I05 Ревматические болезни митрального клапана – 26,88 I74 Эмболия и тромбоз артерий – 27,28 I99 Другие и неуточненные нарушения системы кровообращения – 42,63 I80 Флебит и тромбофлебит – 50,91 I22 Повторный инфаркт миокарда – 57,11 I35 Неревматические поражения аортального клапана – 76,53 I83 Варикозное расширение вен нижних конечностей – 178,86 I69 Последствия цереброваскулярных болезней – 178,89 I15 Вторичная гипертензия – 380,85 I49 Другие нарушения сердечного ритма – 819,39

ПРИЛОЖЕНИЕ 18

**Макроанализ по классу болезней системы пищеварения
(по диагнозам) за 2004 год**

		Затраты	
		Высокие	Низкие
Соц. потери (ПГПЖ)	Высокие	K 85 Острый панкреатит – 3,64	K74 Фиброз и цирроз печени – 2,68 K71 Токсическое поражение печени – 0,08 K70 Алкогольная болезнь печени – 0,05
	Низкие	K40 Паховая грыжа – 0,00 K55 Сосудистые болезни кишечника – 7,95 K56 Паралитический илеус и непроходимость кишечника без грыжи – 15,36 K25 Язва желудка – 17,79 K86 Другие болезни поджелудочной железы – 36,24 K80 Желчекаменная болезнь [холелитиаз] – 70,54 K26 Язва двенадцатиперстной кишки – 71,82 K35 Острый аппендицит – 94,04 K29 Гастрит и дуоденит – 103,85 K43 Грыжа передней брюшной стенки – 149,81 K81 Холецистит – 155,15	K75 Другие воспалительные болезни печени – 0 K52 Другие неинфекционные гастроэнтериты и колиты – 0 K42 Пупочная грыжа – 0 K41 Бедренная грыжа – 0 K61 Абсцесс области заднего прохода и прямой кишки – 0 K76 Другие болезни печени – 0,19 K65 Перитонит – 1,24 K63 Другие болезни кишечника – 3,71 K22 Другие болезни пищевода – 3,96 K44 Диафрагмальная грыжа – 4,64 K73 Хронический гепатит – 5,22 K51 Язвенный колит – 9,48 K57 Дивертикулярная болезнь кишечника – 13,12 K92 Другие болезни органов пищеварения – 13,56

ЛИТЕРАТУРА И ИНТЕРНЕТ-РЕСУРСЫ

1. Анализ управляемости действующей системы здравоохранения.– М., 1999.
2. Аналитический обзор зарубежного и отечественного опыта реформирования и управления системой здравоохранения: материалы к конф.– Новосибирск: ППРСИ.– 2002.– С. 55.
3. Безруков, В. Организация государственного планирования и регулирования экономики / В. Безруков // Плановое хозяйство.– 1990.– №3.– 69 с.
4. Большой экономический словарь / под ред. А.Б. Борисова.– М., 2002.– 402 с.
5. Бюджетирование, ориентированное на результат: проблемы и перспективы внедрения в российскую практику управления общественными финансами [Электронный ресурс].– Режим доступа: http://ruc.logincee.org/lib_upload
6. Воронков, Н. За здоровье приходится платить и платить дорого / Н. Воронков // Гудок.– 2004.– 16 март.
7. Гараджа, М.Ю. Мониторинг результативности бюджетных расходов: основные этапы внедрения на местном уровне / М.Ю. Гараджа.– М., 2002.– С. 4.
8. Индикативное планирование: теория и пути совершенствования.– М., 2000.– С. 17.
9. Информатизация и экономика здравоохранения регионов России: материалы ежегодной Рос. науч.-практ. конф., г. Москва, 26 мая 2001 г.– М., 2001.
10. Когут, А.Е. Информационные основы регионального социально-экономического мониторинга / А.Е. Когут, В.С. Рохчин.– СПб., 1995.– 143 с.
11. Кольба, А.Н. О создании государственной системы мониторинга здоровья населения России [Электронный ресурс] / А.Н. Кольба.– Режим доступа: <http://www.depart.drugreg.ru/tacis/work/kolwork.htm>
12. Концепция «Вологодская область – Здоровье 21: долгосрочная политика охраны и укрепления здоровья населения Вологодской области».– Вологда, 2000.– 14 с.
13. Концепция реформирования бюджетного процесса Российской Федерации в 2004 – 2006 гг. [Электронный ресурс].– Режим доступа: <http://irc.pskov.ru/docs/concept.doc>

14. Концепция создания государственной системы мониторинга здоровья населения России.– М., 1996.– С. 6.
15. Кудрин, В.С. Мониторинг медицинской деятельности в системе ее комплексной оценки / В.С. Кудрин // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины.– 2001.– №2.– С. 27.
16. Лавров, А.М. Среднесрочное бюджетирование, ориентированное на результаты: международный опыт и российские перспективы / А.М. Лавров.– М.: Финансы, 2003.– С. 9-14.
17. Материалы парламентских слушаний и заседаний «круглого стола» (с 14 октября 2004 г. по 2 февраля 2005 г.).– М., 2005.– 149 с.
18. Материалы Фонда социального страхования РФ [Электронный ресурс].– Режим доступа: <http://www.fss.ru/site/info3.asp?id=1111>
19. Методические основы мониторинга здоровья населения Ярославской области / Л.В. Кайкова, С.В. Гамаянова, О.А. Анисимов [и др.] // Информатизация и экономика здравоохранения регионов России: сб. статей [Электронный ресурс].– Режим доступа: <http://www.healthquality.ru/library/voll2rtf.zip>
20. Наумова, В.В. Маркетинг фармацевтического рынка Самарской области / В.В. Наумова, А.В. Спектор.– [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://infb.hippo.ru/browse.php?page=2&subpage=8&block=1>
21. О санитарно-эпидемиологической обстановке в Вологодской области в 2001 г.: гос. доклад.– Вологда, 2002.– 142 с.
22. Основные показатели деятельности учреждений здравоохранения Вологодской области за 2004 год: стат. сборник.– Вологда, 2005.– 110 с.
23. Основы местного самоуправления в городах России / под ред. А.Е. Когута.– СПб.: ИСЭП РАН, 1995.– 258 с.
24. Основы современного социального управления: теория и методология: учеб. пособие / под ред. В.Н. Иванова.– М.: Экономика, 2000.– С. 122.
25. Охрана и укрепление здоровья населения Вологодской области на 2003-2010 годы: стратегический план.– Вологда, 2002.
26. Потемкина, С. Новый эксперимент для старой медицины / С. Потемкина // Московская промышленная газета.– 2003.– № 24(239).– 19-25 июл.
27. Проблемы и опыт совершенствования управления и повышения эффективности функционирования учреждений и предприятий социальной сферы: тезисы докладов III Всерос. науч.-практ. конф.– СПб., 2004.– С. 18.
28. Разработка организационного проекта проведения регулярного мониторинга социально-экономического развития города: отчет о НИР.– Вологда, 2002.– С. 9.
29. Районная экономика: вчера, сегодня, завтра / колл. авт. под рук. В.А. Ильина, В.И. Чиркова.– Вологда: ВНКЦ ЦЭМИ РАН, 2002.– С. 100.
30. Реморчук, А.А. Обязательное медицинское страхование: итоги и проблемы / А.А. Реморчук // Восточно-Сибирская Правда.– 1999.– № 2.– 12 янв.

31. Сборник нормативно-методических документов по переводу на новые условия хозяйствования учреждений здравоохранения. Том 1.– М., 1989.
32. Совершенствование деятельности территории на основе экономических методов управления: учеб.-метод. рекомендации / Н.Н. Бурдин, Ю.Е. Гречко [и др.].– Кемерово, 1989.
33. Совершенствование управления здравоохранения.– М., 2000.– 305 с.
34. Стратегическое планирование: учебник / под ред. Э.А. Уткина.– М.: ЭКМОС, 1998.– С. 21.
35. Стратегия управления муниципальными образованиями / колл. авторов под науч. рук. В.А. Ильина, А.С. Якуничева.– Вологда: ВНКЦ ЦЭМИ РАН, 2000.– 115 с.
36. Стратегия экономического роста – 2015 / колл. авторов под рук. д.э.н., профессора В.А. Ильина.– Вологда: ВНКЦ ЦЭМИ РАН, 2005.– 224 с.
37. Траутер, А.И. Организация здравоохранения: медстрах / А.И. Траутер // Врачебная газета.– 2003.– №8 (47).– авг.
38. Ускова, Т.В. Мониторинг развития муниципальных образований / Т.В. Ускова, А.Н. Зуев, А.А. Смирнов; под ред. В.А. Ильина.– Вологда: ВНКЦ ЦЭМИ РАН, 2002.– 128 с.
39. Финансовый макроанализ в здравоохранении (рекомендации по использованию на региональном и муниципальном уровнях) / С.П. Ермаков, М.Д. Дуганов, А.Н. Макеев, А.А. Колинько.– М., 2000.– С. 11.
40. Формирование федеральной системы мониторинга оценок населения: отчет о НИР.– Вологда, 2003.– С. 38.
41. Центр фискальной политики: материалы интервью с руководителем департамента бюджетной политики Министерства финансов А. Лавровым [Электронный ресурс].– Режим доступа: http://www.fpcenter.ru/common/data/pub/files/articles/2480/lavrov_komersant2604.pdf
42. Шейман, И.М. Реформа финансирования российского здравоохранения / И.М. Шейман.– М.: Издатцентр, 1998.– 336 с.
43. Юдин, Б.А. Проблемы управления здравоохранением [Электронный ресурс] / Б.А. Юдин.– Режим доступа: <http://www.medcore2000.ru/content.asp?id=30>

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ



ИЛЬИН ВЛАДИМИР АЛЕКСАНДРОВИЧ
доктор экономических наук, профессор,
заслуженный деятель науки РФ,
директор ВНКЦ ЦЭМИ РАН



КОЛИНЬКО АЛЕКСАНДР АНДРЕЕВИЧ
кандидат медицинских наук,
заслуженный врач России,
начальник Департамента здравоохранения
Вологодской области



ДУГАНОВ МИХАИЛ ДАВИДОВИЧ
кандидат медицинских наук,
заместитель начальника Департамента
здравоохранения Вологодской области



ГУЛИН КОНСТАНТИН АНАТОЛЬЕВИЧ
кандидат исторических наук,
заместитель директора ВНКЦ ЦЭМИ РАН



ШАБУНОВА АЛЕКСАНДРА АНАТОЛЬЕВНА
кандидат экономических наук,
заведующий отделом исследования социальных
проблем ВНКЦ ЦЭМИ РАН



МОРЕВ МИХАИЛ ВЛАДИМИРОВИЧ
аспирант ВНКЦ ЦЭМИ РАН



ПЕТУХОВ РОМАН ВАЛЕНТИНОВИЧ
кандидат медицинских наук,
заместитель директора ГУЗ ВО «МИАЦ»



МАКЕЕВ АНАТОЛИЙ НИКОЛАЕВИЧ
заведующий отделом Территориального фонда
обязательного медицинского страхования
Вологодской области

В книге представлен комплексный подход к проблеме оценки эффективности здравоохранения, здесь удачно сочетается рассмотрение проблемы на различных уровнях: в масштабах России в целом, на уровне региона, муниципального образования.

Выгодно отличает представленный материал глубокий анализ хода преобразований в здравоохранении на региональном уровне. Использование математических методов для анализа эффективности работы служб здравоохранения делает выводы авторов более обоснованными и доказательными.

Кандидат экономических наук
директор направления «Социальная политика»
фонда «Институт экономики города»
А.Л. Александрова