

РЕФЕРАТ

МЕНЕДЖМЕНТ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Оглавление

Оглавление.....	2
Введение.....	3
Глава 1. Система здравоохранения в условиях рыночной экономики.....	5
1.1.Специфика рынка медицинских услуг.....	5
1.2.Состояние отрасли на современном этапе.....	10
Глава 2. Анализ систем здравоохранения.....	16
2.1. Принципы повышения эффективности системы здравоохранения.....	16
2.2. Проблемы управления системой здравоохранения РФ.....	22
Заключение.....	27
Список используемой литературы.....	28

Введение

Для любого государства стабильное положение системы здравоохранения является одной из главных задач. Уровень медицинского обслуживания – показатель благосостояния страны в целом.

Для России период после распада Советского Союза был одним из самых сложных в истории.

В общественно-политической жизни произошли коренные изменения, экономика перешла на рыночные рельсы. Все это не могло не затронуть такую важнейшую для жизни общества сферу как здравоохранение.

Определяющее влияние социально-экономических факторов на показатели здоровья населения проявилось особенно отчетливо и на общероссийском, и на региональном уровне.

Для первой половины 90-х годов были характерны экономическая депрессия, падение жизненного уровня большей части населения, социально-политические проблемы, усиление миграционных процессов, рост преступности, резкая смена привычных жизненных ориентиров, психологическая неуверенность в завтрашнем дне. Это явилось источником небывалых стрессовых напряжений, сопровождавшихся серьезными медико-демографическими проблемами. В начале 90-х годов уменьшилось и без того скудное финансирование отрасли.

В НАШЕМ здравоохранении помимо финансирования есть еще проблема управления. Главврачи, заведующие, руководители облздравотделов, как правило, получили подготовку чисто медицинскую. Их не готовили специально по вопросам управления. На Западе больницами руководят не врачи, а менеджеры, администраторы.

В начале 90-х годов мы попытались решать эту проблему с наскока. Ввели должность директора клиники, который должен был быть юристом, экономистом, менеджером, но не врачом. К сожалению, немного нашлось желающих экономистов и юристов прийти к нам и заниматься нищим здравоохранением. Нас учили лечить больного и не учили

управлять больницей. Поэтому, конечно, нам нужно обращать внимание на эту категорию организаторов здравоохранения, готовить их на современном уровне по вопросам менеджмента. Только тогда реформы пройдут. Кстати, сейчас очень многие врачи получают второе образование — юридическое, экономическое. Они чувствуют нехватку этих знаний.

Осуществление необходимой в целом децентрализации разрушило вертикаль управления здравоохранением.

Резко сократились централизованные поставки в медицинские учреждения лекарственных средств и медицинского оборудования, а высокий уровень инфляции привел к безудержному росту цен, в том числе на медицинскую технику и лекарственные средства, существенно затруднив их приобретение учреждениями здравоохранения.

Разрушилось единое научное пространство, в определенной степени утратилась взаимосвязь между отдельными научными учреждениями и специалистами, значительно снизилось финансирование как фундаментальных, так и прикладных научных исследований, что привело к некоторому снижению научного потенциала здравоохранения.

Тем не менее, нельзя не отметить тот факт, что и прежняя система здравоохранения имела существенные недостатки:

- ориентация на экстенсивные показатели,
- отсутствие действенной мотивации труда,
- сверхцентрализация управления,
- определенная догматичность организационных форм,
- чрезмерное ограничение самостоятельности руководителей учреждений здравоохранения,
- несовершенство системы финансирования, хозяйственных отношений,
- изоляция от достижений мировой науки и практики.

Безусловно, обозначенные проблемы оказывают сдерживающее влияние на эффективность деятельности системы здравоохранения, и, как следствие, ситуация в состоянии здоровья населения и здравоохранении привела к необходимости принимать неотложные меры в части охраны здоровья населения как на общероссийском, так и на региональном уровне.

В этих условиях особую практическую значимость приобретают исследования в области повышения эффективности функционирования системы здравоохранения. Важность указанных проблем определила выбор и основные направления проработки темы исследования.

Цель данной работы – на основе анализа системы здравоохранения разработать рекомендации по совершенствованию управления объектами здравоохранения.

Глава 1. Система здравоохранения России в условиях рыночной экономики

1.1. Специфика рынка медицинских услуг.

Сегодня нет ни одной сферы производства, распределения, обмена, потребления, нет ни одной структуры жизнеобеспечения отдельной личности и общества в целом, которые не испытывали бы не только воздействие, но и явственный результат бездумно насаждаемой рыночной эйфории. Волна рыночных отношений, накрыв науку, образование, культуру, здравоохранение, больно ударила по их внутренней общегуманистической, общесоциальной сути. Высветив перспективу их рыночной

мутации в сторону от интересов человека и общества, дикий рынок произвольно, вопреки своим желанием, активно будит менталитет профессиональной совести, чести и достоинства врача, ученого, педагога, писателя и др., будит ответственность и заставляет сопротивляться безоглядной коммерциализации всех сфер общественной деятельности.

Корневой, исходной методологической точкой отсчета выявления возможности или невозможности, полной или частичной возможности перевода здравоохранения на рыночные рельсы является ответ на вопросы: что собой представляет стоимость медицинской услуги? В чем особенность содержания стоимости, себестоимости и цены медицинской услуги? Каков механизм ценообразования товар — медицинская услуга? В какой степени и при каких условиях данные категории товарного производства могут работать на целевую установку медицинской деятельности - обеспечение здоровья общества и отдельной личности, а когда — нет? Поиск решения данных проблем экономики здравоохранения не может проходить в стороне от столбовой дороги наработок экономической теории, ее фундаментальных положений. Он может быть успешным лишь в тесной связи с фундаментальной экономической наукой, при опоре на все то позитивное, что накопила экономическая теория на протяжении более 300 лет своего существования. И это закономерно, объективно обусловлено, так как экономические отношения в здравоохранении являются органической частью целостной системы производственно-экономических отношений, являющихся предметом исследования экономической теории. Поэтому нам предстоит, решая вышеназванную задачу, вспомнить, как решаются в общетеоретическом плане интересующие нас проблемы и в какой степени их решение приемлемо для медицины. Вопрос о том, что собой представляет стоимость товара, что лежит в основе механизма ценообразования, с давних времен волнует и продавцов, и покупателей независимо от того, являются ли они мелкими товаропроизводителями или крупными предпринимателями. Ведь уровень их доходов и соответственно уровень их благосостояния зависят от цен и их колебаний на рынке.

В экономической теории в подходе к проблемам ценообразования к сегодняшнему дню четко обозначились следующие основные направления: теория спроса и предложения, теория полезности, теория трудовой стоимости, теория издержек производства, теория предельной полезности и др. Экономическая мысль постепенно двигалась в поисках закона цен от поверхности явлений к их сущности — от теории спроса и предложения и теории полезности к теории трудовой стоимости. Затем, испугавшись сущности, метнулась в сторону теории издержек производства и теории предельной полезности. Каждая из вышеназванных теорий по-своему объясняет механизм ценообразования. Учеными и практиками экономики, организации и управления здравоохранением в вопросах ценообразования медицинских услуг используются в той или иной степени три из пяти сложившихся направлений: теория спроса и предложения, теория трудовой стоимости, теория издержек производства. Теория полезности и ее современные варианты предельной полезности медициной отбрасываются с порога. Остановимся на этом подробнее.

Изучая процессы ценообразования, каждый из нас сталкивается, прежде всего, с тем, что цены товаров находятся в зависимости от спроса и предложения. Еще в XVII веке экономистами был сформулирован закон спроса и предложения, суть которого выражается в следующем: цена товаров прямо пропорциональна спросу на данный

товар и обратно пропорциональна его количеству. В другой редакции закон звучал так: цена товаров прямо пропорциональна количеству покупателей и обратно пропорциональна количеству продавцов. Не видя различий между ценой и стоимостью, сторонники этой теории утверждали, что товар стоит ровно столько, сколько за него дают денег или других товаров при данном соотношении спроса и предложения, что, дескать, движение цен всецело зависит от соотношения спроса и предложения. Однако эта теория заходила в тупик, когда надо было ответить на центральный вопрос: чем определяются цены при равенстве спроса и предложения? Неспособность теории спроса и предложения ответить на этот вопрос заставило многих экономистов квалифицировать данную теорию как несостоятельную и продолжить поиск закона цен. Ведь не был определен центр, вокруг которого происходит колебание цен.

Насколько же механизм ценообразования, вытекающий из закона спроса и предложения, применим к ценообразованию медицинских услуг, даже если отвлечься оттого, что не определен центр колебания цен? Вдумчивое отношение к данному вопросу очень быстро обнаруживает несуразность его постановки для здравоохранения. Ведь в соответствии с логикой теории спроса и предложения чем выше заболеваемость, тем более высокой должна была бы быть цена медицинской услуги. Особенно взлет цен должен был бы наблюдаться при эпидемиях, когда спрос на медицинские услуги значительно опережает предложение. Что будет с обществом, если балом в ценообразовании медицинских услуг станет править закон спроса и предложения и уровень дохода врачей будет привязан к уровню заболеваемости, и зависеть от перепадов потребности во врачевании? Если доходы врачей будут снижаться с сокращением спроса на медицинские услуги, что грозит нанесением ущерба их социально-экономическому благополучию, то они объективно окажутся в положении экономического принуждения поддержания высокой планки заболеваемости. Далее, по законам маркетинга для социально-экономической самозащиты своих интересов медики должны были бы предпринимать меры: работать на опережение возможной неблагоприятной для них рыночной ситуации и заранее моделировать желаемую им рыночную конъюнктуру. А это означает, что они должны были бы приветствовать появление и рост заболеваемости (язык не поворачивается говорить: "насаждать заболеваемость"), так как это позволило бы стабильно заполнять приемные пациенты. Но такое возбуждение экономическо-го интереса у производителей медицинских услуг перечеркивает на корню гуманную суть, профессиональное предназначение функций врачей, поэтому несовместимо с медициной, отторгается медициной. Но и общество со своей стороны не должно подталкивать медиков, принуждать их к насилию над своей профессиональной совестью. Общество в целях ограждения себя и своего врача от рыночного диктата закона спроса и предложения, опасного для социума по своим медико-социальным последствиям, поставлено перед объективной двойкой необходимостью: во-первых, вывода медицинской деятельности из орбиты рыночной зависимости; во-вторых, возложения на себя обязательств по созданию врачам профессиональных общественно нормальных условий производства и воспроизводства медицинской деятельности, а также общественно нормального жизненного обустройства медицинских работников. Врач во всех общественно-экономических системах — фигура социальная, внерыночная. Врачам надо платить в первую очередь

за то, чтобы люди не болели, т.е. за профилактику. А затем лишь за лечение. Почтен тот врач, у которого подопечные здоровы и не болеют. Это требует соответствующей квалификации и общественного признания затрат врачебных усилий, что на весах закона спроса и предложения не выверишь, не измеришь.

Итак, теория спроса и предложения не смогла объяснить закономерности ценообразования по отношению к обычным товарам. Тем более она бессильна раскрыть закон движения цен на такой специфический товар, каковым является медицинская услуга, и не в состоянии определить стоимостные пропорции взаимного обмена медицинской деятельностью между структурными различными звеньями самой медицины, ее органическими элементами единой медико-технологической цепочки — поликлиникой, стационаром, скорой помощью, клинике-диагностическим центром, аптекой и т.д.

Невозможность объяснить формирование цен на основе теории спроса и предложения побудила экономистов начать поиск объективной основы цен, т. е. центра, к которому они тяготеют, непосредственно в свойствах самого товара. Как известно, товары являются, с одной стороны, полезными вещами, полезными услугами, а с другой — продуктами производства, изготовление которых требует определенного количества труда. Одни экономисты стали искать объективную основу цен в полезности вещей, другие — в количестве труда, затрачиваемого на их производство. Развитие первой точки зрения привело к теории полезности, а развитие второй — к теории трудовой стоимости.

Сторонники данной теории считают, что чем полезнее продукт для человека, тем выше должны быть его стоимость и цена. Согласно составленной ими шкале потребностей, самую высокую стоимость должны были бы иметь пищевые продукты, а низкую — предметы роскоши: алмазы, бриллианты и др. Между тем реальная действительность свидетельствовала об обратном. Ввиду явного несоответствия теории полезности общеизвестным фактам многие экономисты пришли к выводу, что полезность вещей и услуг не может быть тем общим, что делает товары соизмеримыми и определяет закон движения цен. На этом основании теория полезности была объявлена несостоятельной. Абсурдность данной теории наиболее четко высвечивается в медицине. Нельзя объяснить более высокую цену за операцию желудка тем, что она полезнее, чем лечение зуба. И не надо долго разъяснять окружающим, что медицинские услуги качественно разнородны, несоизмеримы и невзаимозаменяемы и то, что полезно для одного пациента, может быть жизнеопасным для другого.

Итак, на основе теории полезности открыть закон движения цен не удалось ни для обычных товаров, ни для специфических общесоциальных, к которым относятся медицинские услуги.

Четкая опора на трудовые затраты как единственно объективную основу социально справедливых обменных процессов между различными видами и носителями общественно-производственной деятельности позволила теории трудовой стоимости открыть закон движения цен, а именно закон стоимости. Суть его заключается в том, что обмен товаров должен совершаться в соответствии с количеством общественно необходимого труда, затраченного на их производство. Закон стоимости требует, во-первых, чтобы на производство товаров затрачивалось не более общественно необходимого времени; во-вторых, эквивалентного обмена товаров в среднем; в-третьих, чтобы сумма цен, являющихся денежным выражением стоимости, была равна сумме

стоимостей; требуют развивать наиболее рентабельные предприятия.

Стоимость товара — это сущностная основа цены также в свою очередь испытывает воздействие рынка, диктат производству платежеспособного рыночного спроса через рыночное действие механизма ценообразования. Механизм рыночного ценообразования требует коррекции производства товаров в соответствии с рыночной потребностью, т. е. сигнализирует производству, что необходимо рынку, а что нет, какие нужно производить затраты, а какие нет. В результате стоимость также приобретает характеристику "рыночности" и выступает как рыночная стоимость, обогащая содержание стоимости рыночностью.

Вместе с развитием товарной формы производства развивается и ценообразование, меняются его практика, его формы. Стоимость товара преобразуется в цену производства. Рыночные цены начинают выступать как рыночные цены производства. Появляются монопольные цены, государственные социально-регулируемые цены. Но при всех их многообразных формах в каждой из них остается зависимость от своей внутренней основы — стоимости. В какой же степени теория трудовой стоимости схватывает сущностные черты построения социально-справедливых экономических взаимосвязей между медициной и обществом и личностью? В какой мере она способна синхронизировать их интересы в рыночной среде? Как с ее позиции раскрывается содержание стоимости и цены медицинской услуги? Попытаемся дать свое видение некоторых из вышеназванных проблем.

Приступая к исследованию сущности содержания стоимости и цены медицинской услуги, мы сразу же наталкиваемся на неординарность формирования в экономике здравоохранения категорий товарного производства, констатируем особое место, которое занимает медицинская услуга в мире обычных товаров. Неординарность категорий стоимости и цены медицинской услуги сразу же выявляется при анализе исходных моментов их формирования и построении их внутренне сущностных субординационных связей. Вспомним, как трактует теория трудовой стоимости стоимость товаров. Она исходит из того, что стоимость товара определяется общественно необходимыми затратами для производства и воспроизводства товаров, общественное признание необходимости затрат которых складывается под воздействием рыночного спроса и предложения. Стыкуя это понимание содержания стоимости, его факторообразующие элементы с процессом формирования стоимости медицинских услуг, мы отмечаем следующее. Во-первых, затраты труда и в сфере здравоохранения должны быть общественно необходимыми, обществом признаваемыми. Во-вторых, общественная признаваемость должна выражаться в согласии общества обеспечить в обмен на предоставляемые обществу и личности медицинские услуги возможность нормального производства и воспроизводства на общественно нормальном уровне. Однако, в-третьих, обнаруживаем, что рынок не может быть мерилем потребности общества в медицинской помощи и, следовательно, регулировать функционирование медицинского производства. Одно из объяснений состоит в том, что рынок имеет дело только с платежеспособным покупателем. Неплатежеспособных он просто выталкивает из рыночного потребления. Поэтому рыночный спрос не отражает полного, истинного спроса общества на те или иные товары и услуги.

На какой же спрос должны ориентироваться здравоохранение и медицина? На платежеспособный или истинный? Сбрасывание с медицинского производства неплатежеспособных покупателей медицинских услуг чревато опасными

ме-дико-социальными последствиями не только для неплатежеспособных, но и платежеспособных. То есть платежеспособные вынуждены считаться с неплатежеспособными и ради собственного здоровья и обеспечения производства здоровой работоспособной производительной силой допускать их к медицине. Причем, не только в форме гуманитарной помощи и иных дискретных пода-чек в целях саморекламы, но и в организации общесоциальных структур по охране здоровья, не укладывающихся в рыночные закономерности. Медицинское производство — это общесоциаль-ный элемент жизнеобеспечения любого социума. Оно вне политики, но быть вне экономики не может. Но в экономике оно стоит выше рынка, над рынком. Связь между общественным произ-водством и потреблением медицинских благ мо-жет быть только прямой, а не косвенной и уста-навливаться должна без рыночного опосредования, без рыночного регулирования. Поэтому при общей рыночной организации производства в целях самосохранения нации медицина на объ-ективном основании должна быть выведена из системы коммерческих интересов. В соответ-ствии с этой объективной предопределенностью от экономических категорий товарного произ-водства в сфере экономики здравоохранения так-же объективно отпадают рыночные характерис-тики стоимости, цены, цены производства и т.д. Для экономики здравоохранения нет понятий: рыночная стоимость, рыночная цена, рыночная цена производства медицинской услуги. Есть просто понятия: стоимость, цена, цена производ-ства. Поэтому использование "рыночности" дан-ных категорий в теории и практике экономики здравоохранения некорректно.

Теория издержек производства и основанный на ней затратный принцип ценообразования ме-дицинских услуг являются предметом особого рассмотрения. Тем более что официальные раз-работки, подготовленные высшими государ-ственными структурами, ориентируют ценообра-зование именно на затратную методологию. Сви-детельством этого являются рекомендации по расчетам тарифов на медицинские услуги в сис-теме обязательного медицинского страхования приказом № 16 от 14 апреля 1994 г.

1.2. Состояние отрасли здравоохранения на современном этапе

Здравоохранение нашей страны прошло сложный исторический путь развития, позволивший в 20-60 годы решить задачи социально-гигиенического благополучия в стране в условиях преимущественно инфекционной патологии. В течение нескольких десятилетий развитие здравоохранения шло экстенсивным путем, что было в значительной степени оправдано. Однако в 70-80 годы в связи с начинающимся эпидемиологическим переходом, новыми условиями социально-экономического развития страны необходимо было перевести здравоохранение на новый режим функционирования, но в силу целого ряда причин это не было сделано. Более того, в последнее десятилетие усилились те негативные тенденции, которые были связаны с остаточным принципом финансирования, господством административно-командных методов управления, уравнильным затратным характером всего народного хозяйства.

Форма хозяйствования в здравоохранении отражала в условиях командно-административной системы ее основополагающие черты. Эти черты и признаки достаточно подробно проанализированы в литературе и могут быть сведены к следующему:

1) Иерархическая многоуровневая подчиненность.

2) Определение на уровне высших звеньев управления целей развития ЛПУ (лечебно-профилактических учреждений) и путей их достижения.

3) Текущая координация и текущий контроль деятельности нижестоящих звеньев.

4) Доведение до ЛПУ обязательных к исполнению адресных плановых заданий, к выполнению которых привязывалась системы оценки и стимулирования.

Все это приводило к негативным последствиям. Это, прежде всего, хроническая нехватка финансовых средств, неэффективное использование имеющихся ресурсов, недостаточные материальные стимулы, отсутствие возможности здравоохранения влиять на демографические, экологические, социально-экономические факторы, определяющие условия жизни людей и состояние их здоровья.

Можно утверждать, что в 80-е годы в нашей стране сложился своеобразный кризис здравоохранения, который проявлялся особенно остро по следующим направлениям:

1. Кризис здоровья. Если еще 20 лет назад группа здоровых составляла приблизительно 30% от общего числа населения, то теперь не более 20%. Более 25% населения ежегодно госпитализируется в больницы, из каждых 100 родившихся 11 имеют дефекты физического и психического состояния. Снизилась средняя продолжительность жизни.

2. Кризис финансирования. Если в начале 70-х расходы на здравоохранение составляли около 10% от ВВП, то на сегодня они составляют менее 3% от ВВП.

3. Кризис материально-технической базы.

4. Кризис кадров.

Принятое в 1989 году "Положение о новом хозяйственном механизме в здравоохранении" было направлено на преодоление всех этих негативных моментов. Согласно этому документу предполагалось, что по мере готовности ЛПУ перейдут на новые условия хозяйствования в 1990-1991 гг. В этом положении были определены общие принципы и формы работы ЛПУ на основе применения экономических методов управления и перехода преимущественно к территориальному принципу управления здравоохранением. Необходимо отметить, что концепция, заложенная в этом документе, в существенной мере копировала экономические решения относительно других отраслей экономики страны, и на наш взгляд, в малой степени учитывала специфику здравоохранения. В литературе достаточно подробно освещены положительные и отрицательные стороны внедрения нового хозяйственного механизма здравоохранения. Представляется, что в целом сделанные в этом направлении шаги были правильными, однако резкая смена приоритетов в концептуальном развитии страны, переход на рыночные рельсы, принятие закона "О медицинском страховании граждан в Российской Федерации" в значительной степени радикализировали обстановку и потребовали новых подходов к дальнейшему развитию всей системы охраны здоровья населения.

В связи с этим весьма закономерным видится осуществлённый переход к медицинскому страхованию. Медицинское страхование, как отмечают многие авторы, в широком смысле - это новые экономические отношения в здравоохранении в условиях рынка, то есть создание такой системы охраны здоровья и социального обеспечения, которая призвана реально гарантировать всем жителям Российской Федерации свободно доступную квалифицированную медицинскую помощь, независимо от их социального положения и уровня доходов.

Цель медицинского страхования - повысить качество и расширить объем медицинской помощи посредством: радикального увеличения ассигнований на здравоохранения; децентрализации системы управления фондами здравоохранения; материальной

заинтересованности медицинских работников в конечных результатах; экономической заинтересованности предприятий в сохранении здоровья работающих; экономической заинтересованности каждого человека в сохранении своего здоровья. Именно так широко определена цель в законе о медицинском страховании.

Естественно, переход к медицинскому страхованию породил значительное количество проблем, решение которых становится чрезвычайно актуальным. Так, в частности, важной проблемой является разработка методик технико-экономического обоснования соответствующих услуг. Такие методики необходимы, с одной стороны, страховым медицинским компаниями для прогнозирования своего развития с целью обеспечения рентабельности своей деятельности, а с другой стороны - органам управления здравоохранением и Госстрахнадзора РФ для разработки адекватных мер регулирования рынка страховых медицинских услуг.

Сам механизм страхования объективно отражает присущее рыночным отношениям свойство неопределенности и возникновения ситуации, которая порождает большие непредвиденные потери. Страхование является одним из основных способов, к которым прибегают люди и различные предприятия для снижения потерь от рискованных ситуаций. Основная цель страхования состоит в уменьшении риска (потерь от риска), который различные субъекты должны нести, в перекладывании риска на тех, кто более охотно (или, находясь в лучшем положении) готов его нести. Механизм страхования включает в себя объединение рисков и их перераспределение.

В то же время возникает своеобразное противоречие. С одной стороны, страхование отражает природу рыночных отношений, а с другой - в определенной степени деформирует спрос и предложение медицинских услуг. В частности, существует серьезное последствие страхования - оно поощряет человека тратить на медицинские услуги больше, чем при других условиях. Если человек знает, что страховая компания оплатит 80% стоимости пребывания в больнице за каждый дополнительный день, он может остаться и дальше в ней, хотя фактически уже в этом не нуждается. И он не будет слишком возражать, если, предположим, больница назначит цену за один день в 10000 рублей вместо 9000 рублей, зная, что увеличение цены обойдется ему только в 200 рублей. Можно предположить, что и врачи зная, что пациенту не придется платить полностью по счету, прописывая даже очень дорогое лекарство с сомнительной эффективностью, будут меньше колебаться.

Чем большей эластичностью спроса по цене будут обладать медицинские услуги, тем эта закономерность будет проявляться в большей степени. В еще большей степени это противоречие проявится, когда пациенты совсем не будут участвовать в издержках по оказанию медицинских услуг.

Страхование затрагивает тем самым не только количество медицинских услуг, то есть спрос, но и деятельность человека по "поддержанию своего здоровья". Возникает определенная альтернатива между страхованием и стимулированием различных субъектов рынка медицинских услуг. Чем лучше развито страхование, тем меньше рыночных стимулов к росту эффективности использования имеющихся ресурсов; чем хуже развито страхование, тем сильнее рыночные стимулы. Можно легко нарушить баланс между этими сторонами. Баланс может быть сохранен введением различных ограничений в страховании. Люди не должны быть застрахованы на 100% расходов на лечение, иначе это полностью ликвидирует рыночные стимулы. Но они должны быть уверены, что по всем крупным рискам им придется платить только часть цены.

Некоторые из проблем, связанных с моральным риском, могут быть уменьшены путем расширения контроля, гарантирующего, что ненужные расходы не будут произведены. Однако улучшение контроля может увеличивать расходы. Например, для гарантии, что средствами обеспечиваются только действительно необходимые операции, некоторые страховые компании в США оплачивают только операции, проводимые в стационаре. Следствием этого является увеличение числа операций в больницах, которые с меньшими затратами можно было бы осуществить в офисах частнопрактикующих врачей.

Цель медицинского страхования - гарантировать гражданам при возникновении страхового случая получение медицинской помощи за счет накопленных средств и финансировать профилактические мероприятия. Такая социальная защита может быть реализована путем создания в едином порядке специализированного денежного фонда, в формировании которого принял бы участие, в конечном счете, каждый гражданин.

В этом случае медицинское страхование принимает форму обязательного. Социальный характер обязательного медицинского страхования, позволяющий каждому гражданину получать одинаковую медицинскую помощь, достигается неравным вкладом каждого в создание денежного фонда на оплату этой помощи. Другими словами, богатый платит за бедного. Именно в этом проявляется принцип общественной солидарности, на котором построена система обязательного медицинского страхования во многих европейских странах. В демократических государствах вопрос о всеобщей доступности медицинской помощи основывается на свободном индивидуальном выборе, то есть является результатом гражданского согласия и имеет под собой прочную экономическую, социальную и политическую основу. Под экономической основой понимается достаточно высокий уровень личных доходов: готовность перераспределять часть средств в пользу менее удачливых сограждан органично вытекает из высокого уровня собственного благосостояния. Социальный фундамент означает, что решения, принимаемые людьми в общественной сфере, формируются их собственными убеждениями, взглядами, концепциями, верованиями. Политической основой общественного договора являются институты законодательной и исполнительной власти, которые придают общественному договору форму закона и реализуют его в политике правительства. При этом и законодательная, и исполнительная власть подконтрольны избирателям.

Социальное страхование, в том числе и обязательное медицинское, по своей природе является бесприбыльным. Страховая деятельность осуществляется на основе самокупаемости и возвращения возникшей прибыли в фонды развития страховой системы. В большинстве стран государство освобождает такие системы от уплаты налогов, предоставляет иные льготы, осуществляет страхование от разорения, выдает целевые дотации на развитие. В связи с этим следует обратить внимание на то, что из 300 млрд. рублей, дополнительно полученных системой обязательного медицинского страхования в 1993-1994 гг., 110 млрд. отдано государству в виде налогов.

В то же время страхование, в том числе и медицинское, относится к области рыночной деятельности. А рыночное поведение характеризуется прежде всего производством товаров и услуг (страховые услуги являются товаром).

Страхование как коммерческий вид деятельности всегда стремится уравнивать индивидуальные риски между членами группы и не допустить включения в группу объектов страхования, способных заметно отклонить групповой риск в сторону

превышения среднего уровня. В социальном плане такое поведение называется дискриминационным. Сущность страхования в этом случае можно выразить словами: всегда групповое - никогда всеобщее. В этом сказывается ограниченность коммерческого страхования, которое может являться механизмом финансирования всеобщего общественного товара, поэтому коммерческое медицинское страхование может осуществляться исключительно в добровольной форме.

При добровольном медицинском страховании можно говорить о гарантированной страховой материальной защите только для тех граждан, которые являются застрахованными по индивидуальному или коллективному договору добровольного страхования за счет взносов, уплачиваемых из их личного дохода или прибыли предприятий. При этом объем и стоимость медицинских услуг, предоставляемых по такому договору, зависит от величины уплаченного взноса, размер которого, в свою очередь, устанавливается страховщиком в зависимости от состояния здоровья каждого застрахованного или группы застрахованных. Кроме того, размер страхового взноса зависит от тарифов на те медицинские услуги, которые необходимы для данного контингента и предоставляются по конкретному договору конкретным медицинским учреждением.

Таким образом, основной особенностью современного этапа развития российского здравоохранения является введение медицинского страхования, что влечёт за собой как позитивные, так и негативные последствия, неоднозначно воспринимается обществом, и поэтому содержит ещё массу нерешённых вопросов.

Глава 2. Анализ системы здравоохранения.

2.1. Принципы повышения эффективности здравоохранения.

Современные тенденции развития отрасли дают все основания полагать, что в Российской Федерации может быть сформирована такая система здравоохранения, которая сможет быстро осваивать новейшие медицинские технологии, быть самодостаточной как система, экономически эффективной и самое главное - способной успешно укреплять и восстанавливать здоровье россиян. Несомненным гарантом положительной динамики является принятая в 1997 году Концепция развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации. Большинство мероприятий, запланируемых на начальные этапы реализации концепции, выполнено. Это позволило обеспечить стабильное финансирование учреждений здравоохранения и повысить эффективность использования ресурсов; сократить дефицит Программы государственных гарантий по обеспечению населения бесплатной медицинской помощью.

Основных задач для достижения целей этой концепции три. Во-первых, активизация деятельности по профилактике заболеваний, чем было сильно здравоохранение СССР. Во-вторых, сокращение сроков восстановления утраченного здоровья путем внедрения современных методов профилактики, диагностики и лечения. И третья - повышение эффективности использования ресурсов в здравоохранении. Концепция основана на принципах, близких основам советского здравоохранения. Это всеобщность, социальная справедливость и доступность медицинской помощи населению, профилактическая направленность, экономическая эффективность, единство медицинской науки и практики, а также активное участие населения в вопросах здравоохранения, повышение

ответственности за свое собственное здоровье и здоровье своих детей.

До принятия концепции развития здравоохранения и медицинской науки в стране действовала одна Федеральная целевая программа “Сахарный диабет”, не имевшая достаточного финансирования. За время реализации концепции разработаны, утверждены и реализуются мероприятия по выполнению Федеральных целевых программ “Неотложные меры по борьбе с туберкулезом”, “Вакцинопрофилактика”, “АНТИ ВИЧ/СПИД” и многих других.

Также была введена система стандартизации здравоохранения. Минздравом России и Госстандартом России создан Межведомственный Координационный совет. Основным результатом внедрения этой системы стало введение в России, как в других цивилизованных странах, формулярной системы применения лекарственных препаратов. Успешно реализуется программа по разработке протоколов ведения больных, утверждена программа обучения специалистов основам стандартизации в здравоохранении.

Была впервые введена программа государственных гарантий обеспечения населения бесплатной медицинской помощью. Она привела отрасль к единому пониманию планирования объемов медицинской помощи и финансирования расходов на нее, которая вовлекла все заинтересованные стороны – государственные, исполнительные, законодательные, правоохранительные органы — к реализации данной программы в стране.

Несмотря на всё же недостаточное финансирование, удалось сохранить потенциал медицинской науки. За последние годы российскими учеными разработаны новые технологии диагностики и лечения онкологических болезней, хирургической патологии с использованием плазменных потоков, ультразвукового и лазерного излучений, фотодинамической терапии. Активно ведутся работы по использованию и лечению ряда тяжелых болезней с помощью генно-инженерных технологий. Но в тоже время крайне медленно решаются проблемы внедрения современных медицинских технологий в клиническую практику.

Назначены представители министерства во все федеральные округа, в них образованы координационные советы по здравоохранению. В управлении здравоохранением появились новые структуры: стратегического планирования отраслевой стандартизации, инноваций, медицинской профилактики. Увеличилась доля средств ОМС на оказание медицинской помощи населению.

Министерство здравоохранения Российской Федерации держит на постоянном контроле вопросы реализации “Концепции развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации”.

Внедрение новых медицинских технологий при стесненных финансовых ресурсах позволило значительно увеличить объемы уникальных видов медицинской помощи населению. Так, например, количество операций на сердце с применением аппарата искусственного кровообращения увеличилось в 2 раза, объем аортокоронарного шунтирования – в 2,5 раза. В 2 раза увеличилось число больных находящихся на гемодиализе, в 1,5 раза возросли объемы пересадки почек и в 10 раз костного мозга. Активная работа проводится по совершенствованию медицинского и фармацевтического образования в стране. Разрабатываются и внедряются государственные образовательные стандарты. Открыты факультеты по подготовке специалистов (управление здравоохранением, медицинская сестра с высшим

образованием, медицинский психолог, врач общей практики и др.). Разработана и реализуется отраслевая программа “Развитие сестринского дела в Российской Федерации”.

Финансирование из федерального бюджета постоянно увеличивается. С 1999г. по 2001г. рост составил 68%. Средства в первую очередь направляются на финансирование дорогостоящих видов медицинской помощи.

Совместными усилиями Минздрава России и органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации удалось осуществить комплекс мер по развитию материальной базы. Открыты новые диагностические центры в Республиках Дагестан, Татарстан, Иркутской и Брянской областях, а для детей организованы центры в Санкт-Петербурге, Краснодарском и Хабаровском краях, Нижегородской и Липецкой областях.

Одним из самых сложно решаемых вопросов за прошедшее десятилетие остается лекарственное обеспечение населения Российской Федерации. Постоянная работа Минздрава России, в сфере обеспечения медикаментами населения страны, позволила за последние 2 года стабилизировать ситуацию.

В соответствии с Федеральным законом “О лекарственных средствах” разработаны и утверждены новые “Правила регистрации лекарственных средств”, которые устанавливают единые унифицированные требования при регистрации отечественных и зарубежных лекарств, порядок и сроки её проведения. Утверждена Концепция “Развития системы лекарственного обеспечения здравоохранения и населения Российской Федерации”, восстановлены государственные органы управления аптечными организациями.

Во всех субъектах Российской Федерации созданы и аккредитованы контрольно-аналитические лаборатории, которые являются серьезным препятствием для проникновения некачественных лекарств на фармацевтический рынок страны. Издан формулярный справочник лекарственных препаратов, упорядочена система регистрации медикаментов в Российской Федерации. В настоящее время зарегистрировано свыше 13 600 наименований лекарственных средств.

С 2000г. функционирует мониторинг цен на лекарственные препараты и изделия медицинского назначения. Возросло насыщение рынка отечественными препаратами, которые занимают свыше 45% всего объема реализуемых препаратов.

Организована работа по сертификации предприятий выпускающих фармацевтическую продукцию.

Во многих территориях страны введена система персонифицированного учета и отпуска лекарственных средств на льготных условиях с использованием пластиковых карт (наиболее эффективно функционирует система льготного лекарственного обеспечения в Республике Коми, Новгородской, Кировской, Свердловской областях). Однако недостаточное бюджетное финансирование в большинстве субъектов Российской Федерации не позволяет обеспечить социально незащищенную часть населения медикаментами.

Обратимся к закону об обязательном медицинском страховании. Законом образован Федеральный фонд ОМС и его филиалы в субъектах РФ. Существующий Федеральный фонд ОМС работает сам по себе, а над территориальными фондами в регионах фактически довлеют главы субъектов. По схеме управление идет сверху донизу, то есть всем руководит ФФ ОМС. И уже филиалы вступают в договорные отношения с медицинскими учреждениями по оказанию соответствующей помощи. Финансовые

источники фонда — это налоги с работодателей за работающее население в пределах 8-9% от фонда оплаты труда, а также часть подоходного налога. Что дало введение этой системы страхования в стране? Первое: переход от медицинского страхования к страхованию здоровья в целом. Второе: выравнивание условий финансирования в субъектах Федерации, то есть ликвидация финансовой асимметрии в системе здравоохранения, которая, увы, до сих пор является одной из основных проблем здравоохранения. Третье: возможность вести профилактическую работу с населением, повышение ответственности врачей в выборе наиболее рациональных медицинских технологий, поскольку фонд будет их заказчиком, и главное - приведение в систему ОМС всех медицинских организаций независимо от форм собственности. Теперь у пациента появилось реальное право выбора медицинского учреждения.

Что касается структурной перестройки системы здравоохранения, то здесь есть две проблемы. Первая - размеры финансовых ресурсов должны измениться по видам медицинской помощи, давая преимущество амбулаторно-поликлинической помощи и новым технологиям в стационарах. Вторая — создание в стране государственной программы управления качеством медицинской помощи. Уже выполнен большой объем работ по реализации отраслевой программы введения общей врачебной (семейной) практики. Создана методическая база, действуют более 2000 общих врачебных практик, образован Федеральный центр семейной медицины в ММА им. И.М.Сеченова. У врачей нет желания заниматься общей врачебной практикой, поскольку семейный врач — это специалист, который организационно и профессионально резко отличается от врачей других специальностей, и нанять его на работу в учреждения невозможно, поскольку критерии оценки его деятельности во взаимоотношениях с пациентом и другими организациями значительно выше критериев оценки деятельности других врачей. Поэтому выход один: следует создать некоммерческую организационно-правовую форму индивидуальной деятельности врача. Он должен работать по договору с соответствующим заказчиком, но хозяйство вести лично либо объединившись в группу с такими же специалистами, как и он сам. Закон об организационно-правовых формах некоммерческих организаций будет предусматривать и индивидуальную врачебную деятельность.

Вводится государственная программа управления качеством медицинской помощи. Программа состоит из трех частей. Это организация управления качеством по уровням (федеральный, субъекта РФ, медицинской организации) ее внутривидового подразделения. Разработка и внедрение единой методики оценки качества медицинской помощи, мониторинг врачебных ошибок, развитие системы аккредитации и лицензирования медицинской деятельности. В программе намечена разработка конкретных планов госпитальной, амбулаторно-поликлинической и скорой медицинской помощи, проекта постановления правительства о санаторно-курортных организациях, а совместно с Министерством сельского хозяйства проведена работа по составлению программы развития здравоохранения на селе. Сформирована программа развития сети наркологических и реабилитационных центров, создан федеральный реабилитационный центр для больных наркоманией, что должно резко повысить качество лечения этой категории больных.

Основные мероприятия по охране материнства и детства: разработка и утверждение федеральной целевой программы "Здоровый ребенок", развитие сети медико-генетических и перинатальных центров, развитие самостоятельной акушерской

службы.

Особые проблемы стоят в области профилактики заболеваний. Разрабатываются и вводятся необходимые программы, но основная задача – это создание общероссийской системы самооздоровления населения. Такие системы существуют во всех развитых странах. Необходимо в нашей стране создать систему, которая включала бы в себя структуру определения уровня здоровья человека. Должны появиться новые специалисты, вооруженные соответствующими технологиями, которые укажут человеку на недостатки в его здоровье и подскажут что делать, не с точки зрения применения лекарственных препаратов, а изменения поведения дома и на службе. Работы в этом направлении уже ведутся. Но мало сказать человеку, что делать, он должен иметь возможность выполнить рекомендации специалиста, значит, должны быть условия, ресурсы, должна быть развита соответствующая индустрия. Все это вместе и должно составлять систему самооздоровления населения.

Также весьма немаловажной задачей является разработка концепции интеллектуализации здравоохранения и развития творческих способностей медицинских работников. Специалисты очень высокого уровня в системе здравоохранения есть, но, к сожалению, таких специалистов у нас немного, а вот средние в своей массе, увы, выглядят гораздо хуже, чем зарубежные коллеги. Увеличение расходов на лекарственные препараты, с одной стороны, а с другой - введение формулярной системы, заставляющей наиболее рационально их использовать, позволит построить в стране вполне удовлетворительный рынок лекарственных препаратов, как для населения, так и для медицинских учреждений страны. Наряду с обозначенной выше положительной динамикой развития системы здравоохранения, нельзя не заметить, что ряд мероприятий по реализации Концепции не выполнен в том объеме, в котором были запланированы, а некоторые из них полностью не решены, и связано это не только с рядом социально-экономических условий, но и с недостаточной организационной работой Минздрава России и органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации.

Достижение стратегических целей государственной политики в здравоохранении в решающей степени зависит от уровня управляемости системы здравоохранения. В целях реализации Концепции Министерством здравоохранения образован Совет по региональной политике, введен институт представителей Минздрава России в Федеральных округах, создаются окружные координационные советы по здравоохранению, проведена реорганизация Министерства здравоохранения, направленная на приведение структуры в соответствие с целями и задачами, возложенными Правительством на Министерство.

2.2. Проблемы управления системой здравоохранения РФ.

В настоящее время основными задачами, стоящими перед отраслью, является снижение возросших за последнее время показателей смертности, заболеваемости и инвалидности населения. В период 1990 – 1994гг. смертность населения увеличилась на 40%, а в трудоспособном возрасте на 59%. С 1995г. намечалась тенденция к улучшению этих показателей, но позитивные изменения были минимальные и с 2000 г. ситуация вновь заметно обострилась.

Основными причинами смерти являются болезни системы кровообращения, несчастные случаи, отравления и травмы, новообразования. Растут показатели смертности от

инфекционных и паразитарных болезней (в том числе и от туберкулеза), болезней органов дыхания (в том числе от гриппа, ОРЗ и пневмонии).

Ежегодно в стране регистрируется 155 – 185 млн. случаев заболеваний населения острыми и хроническими болезнями, из которых около 100 млн. с впервые установленным диагнозом. За последние 5 лет уровень первичной заболеваемости вырос на 9%.

Крайне неблагоприятная ситуация складывается также с болезнями системы кровообращения.

В течение последних 5 лет ежегодно заболевают раком более 400 тыс. человек. В настоящее время на учете в онкологической службе находится около 2 млн. больных. Озабоченность вызывает нарастание заболеваемости сахарным диабетом. Сахарный диабет является причиной ранней инвалидизации и смертности вследствие осложнений. В настоящее время проблема алкоголизма и наркомании представляет собой серьезную угрозу населению России. Только за последние десять лет число находящихся под наблюдением больных наркоманией увеличилось в 6,8 раза. Не менее остро стоит проблема алкоголизма и пьянства, индикатором распространенности которой является увеличение алкогольных психозов. Данный показатель по сравнению 1991г. увеличился в 3 раза.

Значительно ухудшилась эпидемическая обстановка по ВИЧ-инфекции. Вирус иммунодефицита человека, попав в среду потребителей наркотиков, продолжает стремительно распространяться, возрастает число детей, рожденных матерями наркоманками. На протяжении всего десятилетия продолжалось ухудшаться здоровье женщин и детей, обусловленное сложившейся обстановкой в стране. Эти проблемы имеют особую значимость в связи с демографической ситуацией в Российской Федерации. Так современные параметры рождаемости в России меньше требуемого для положительного прироста населения почти в два раза, детское население страны сократилось на 12,3%, ухудшается здоровье беременных женщин. За последние 3 года увеличилось число женщин страдающих анемией до 40%, болезнями почек до 16,8%, системы кровообращения до 9%, поздним токсикозом до 19,4%. Резко сократилось число нормальных родов.

На фоне всех этих негативных моментов необходимо заметить, что в то же время задания Концепции развития здравоохранения и медицинской науки по реформированию амбулаторно-поликлинической помощи выполнены не полностью. В системе здравоохранения создано всего 2000 врачебных практик, образовано 4591 дневных стационаров на 48 тыс. коек, в которых пролечено в 2000 г. более 2 млн. человек. Недостаточно внимания уделялось повышению уровня медицинской помощи сельскому населению.

Крайне медленно осуществляется реформирование организации медицинской помощи. Реструктуризация стационарной помощи неоправданно затянулась. Несмотря на внедрение новых медицинских технологий, средняя длительность пребывания больного на койке составляет 16 дней. В Таймырском, Эвенкийском автономных округах, в Костромской области средние сроки нахождения больных в стационаре превышают 20 дней.

Одной из основных проблем сегодняшнего российского здравоохранения является региональная асимметрия финансирования, когда средства, поступающие на здравоохранение, в регионах абсолютно разные.

Хотя Минздравом России, органами управления здравоохранением субъектов Российской Федерации, в рамках Концепции, проделана большая работа по сохранению доступности и объемов медицинской помощи оказываемой населению, нужно признать, что в тоже время при значительном объеме выполненной работы и финансовых вложений в здравоохранение должной отдачи не получено, осуществленные мероприятия не оказали действенного влияния на показатели здоровья населения. Реформирование отрасли недопустимо затянулось. Подобное положение дел настоятельно требует изменения основных направлений и подходов к дальнейшему развитию здравоохранения страны.

Необходимо отметить, что на сегодняшний день речь идет не просто о реформе отрасли. Нельзя замыкаться исключительно на реформировании бывшего советского здравоохранения. Невозможно добиться успехов, не создав единых принципов управления отраслью в стране, не введя новых организационных и правовых форм организаций здравоохранения.

С точки зрения управления, здравоохранение представляет одну из подсистем народно-хозяйственной социально-экономической системы и производит медицинские товары и услуги. Однако здравоохранение, являясь составной частью непромышленной сферы народного хозяйства, наряду с чисто медицинскими задачами решает социальные и экономические, связанные с повышением качества жизни человека, его благосостояния, способствует реализации социальных гарантий и формирует трудовой потенциал общества.

Формируя трудовой потенциал во всех отраслях народного хозяйства и уровень здоровья общества, здравоохранение предоставляет народному хозяйству услуги, в значительной мере компенсирующие негативные последствия функционирования различных отраслей экономики страны и общества в целом. Эти услуги обеспечивают снижение общей заболеваемости, инвалидности и смертности, удлиняют период трудовой активности людей.

Таким образом, деятельность в сфере здравоохранения оказывает активное воздействие на социальную политику государства, выполняя роль обратной в системе управления социально-экономическими процессами. Поэтому в рамках системного подхода к управлению эффективностью здравоохранения, производимые медицинские услуги можно рассматривать не только как конечный продукт, но и как фактор повышения эффективности функционирования других отраслей народного хозяйства и экономики страны в целом.

Анализируя динамику развития здравоохранения, можно выявить, что эффективность функционирования этой подсистемы народного хозяйства определяется воздействием на нее экономических, экологических и социальных регулирующих и управляющих воздействий, а также внешних возмущающих факторов, причем, в отличие от других отраслей народно-хозяйственного комплекса, в здравоохранении основная роль принадлежит социальным регуляторам, так как во главе процесса общественного развития находится человек с его социальными запросами. В сущности механизм охраны здоровья и нацелен на создание условий для творческой реализации возможностей человека. Однако в настоящее время, когда здоровье общества и отдельного человека рассматривается не только как медицинская, но и как социально-экономическая категория, оказывающая непосредственное влияние на эффективность труда и производства в других сферах народного хозяйства, актуальность и сложность

проблемы охраны здоровья значительно возросла. Демократизация общественной жизни выдвинула в число первоочередных проблему гуманизации отечественного здравоохранения, а рост затрат на поддержание и укрепление здоровья граждан привел к необходимости решения такой экономической задачи в сфере здравоохранения, как определение стоимости охраны здоровья общества и цены здоровья с учетом взаимозаменяемости и взаимодополняемости направлений здравоохранительной деятельности.

Для этого необходимо рассчитать потребности здравоохранения в различных видах ресурсов и выполнить прогнозную оценку роста доходов и прибыли объектов здравоохранения и отрасли в целом в зависимости от действия различных факторов, в том числе от повышения качества медицинских услуг и расширения уровня диверсификации медицинской деятельности. На основе анализа темпов роста доходов и прибыли, а также потребности в финансовых и других видах ресурсов разрабатываются пути и способы ликвидации возможных диспропорций развития здравоохранения, возникающих вследствие превышения расходов над доходами. Такой анализ позволит выработать эффективный механизм функционирования отрасли в целом и каждой службы здравоохранения в отдельности, стимулирующий рациональное использование всех видов ресурсов.

С целью исключения дублирования управленческих функций в системе управления здравоохранением необходимо осуществить разделение полномочий, функций и степени ответственности на различных иерархических уровнях системы управления отраслью, включая: федеральный уровень и уровень субъектов Российской Федерации; государственную, муниципальную и частную системы здравоохранения; существующие и вновь формируемые органы управления здравоохранением, в первую очередь фонды и подразделения обязательного медицинского страхования.

Концепция реформы здравоохранения на современном этапе должна учитывать весь комплекс факторов, определяющих эффективность функционирования отрасли в перспективе. К числу таких факторов следует отнести:

- сложившиеся в стране социально-экономические условия и тенденции их развития;
- состояние и тенденции развития здоровья населения России;
- потенциал здравоохранения, его организационно-технический уровень и имеющиеся ресурсы (кадровые, финансовые и т.д.);
- опыт организации и управления здравоохранением, накопленный за годы экономических реформ в России и в экономически развитых странах;
- международные стандарты в области качества медицинской помощи и рекомендации ВОЗ (Всемирной Организации Здравоохранения).

На основе анализа факторов должны быть выявлены приоритетные проблемы повышения уровня здоровья населения России. К числу таких проблем следует, в первую очередь, отнести те проблемы, решение которых позволит получить максимальный социально-экономический эффект и минимизировать экономические потери общества.

В конечном итоге эти проблемы должны найти свое отражение в целевых комплексных программах развития здравоохранения, на решении которых и необходимо в первую очередь сконцентрировать имеющиеся финансовые ресурсы отрасли.

Реализация новой концепции реформ управления здравоохранением должна завершить структурно-функциональные преобразования, проводимые в отрасли, и

обеспечить условия для кардинального улучшения качества медицинской помощи. Это означает, что акценты со специализированной помощи должны быть перенесены на первичную медико-социальную помощь. Для этого необходимо совершенствование правового, финансового, материально-технического и кадрового обеспечения инфраструктуры врачебной практики, включая подготовку врачей общей практики, семейных врачей; совершенствование помощи на дому, скорой и неотложной медицинской помощи, профилактики болезней и развития принципов здорового образа жизни. Кроме того, совершенствование управления здравоохранением должно обеспечивать переход с экстенсивных принципов и методов развития отрасли на интенсивные. Это означает, что эффективность развития здравоохранения должна быть обеспечена не за счет роста численности медицинских работников, а за счет углубления их профессиональной подготовки, повышения качества медицинской помощи и создания системы экономической и социальной мотивации труда медицинских и фармацевтических работников. Для этого необходимо, сохранив единую отраслевую систему управления и финансирования непрерывной подготовки и переподготовки медицинских и фармацевтических кадров, обеспечить подготовку менеджеров и экономистов новой формации, способных решать управленческие проблемы на различных уровнях при функционировании отрасли в условиях рыночных отношений.

Разрабатывая концепцию развития здравоохранения и механизм совершенствования системы его организации и управления на основе выбранных социальных и медицинских приоритетов, следует учитывать то обстоятельство, что уровень здоровья населения зависит не только от здравоохранения, его потенциала, объемов финансирования и уровня ресурсного обеспечения, но и от других факторов. Поэтому совершенствование управления здравоохранением должно быть увязано с приоритетами развития других отраслей народного хозяйства России. С точки зрения системного подхода к управлению это означает, что эффективность функционирования всей системы (в данном случае социально-экономической системы страны) не может быть достигнута только за счет совершенствования одной из ее подсистем (в данном случае здравоохранения).

Заключение

Отрасль здравоохранения в настоящее время переживает переходный период, начавшийся вместе с коренными изменениями во всех сферах жизни государства более десяти лет назад, что, разумеется, не могло сказаться на качестве функционирования системы здравоохранения как на уровне страны в целом, так и на уровне регионов. Наряду с этим резко ухудшилась медико-демографическая ситуация в стране, ощутимо снизился жизненный уровень большей части населения. Реформы ударили по финансированию отрасли и по вертикали управления, которая была фактически разрушена.

Положение относительно улучшилось после принятия в 1997 году Концепции развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации. Постепенно активизировалась деятельность по профилактике заболеваний. Были внедрены современные методов профилактики, диагностики и лечения наряду с повышением эффективности использования ресурсов в здравоохранении. Впервые была введена программа государственных гарантий обеспечения населения бесплатной медицинской

помощью.

Несомненным прорывом стало использование в управлении здравоохранением методов стратегического планирования, результатом которого явилось принятие большого количества федеральных целевых программ, направленных на решения наиболее остро стоящих перед отраслью проблем. На основе принятых федеральных программ разрабатываются региональные целевые программы, проектируемые с учётом специфики конкретного субъекта федерации.

Проблему недостаточного финансирования отрасли призван решить принятый Закон об обязательном медицинском страховании. Введение системы медицинского страхования позволило кардинально изменить подход к финансированию здравоохранения. Наряду с положительными результатами работы системы существует, конечно, и немалый спектр проблем различного уровня, последовательное и грамотное разрешение которых необходимо для выполнения задач, возложенных на систему медицинского страхования.

Проведённый анализ системы здравоохранения Нижегородской области выявил наряду с несомненно положительными тенденциями массу проблем и недоработок в процессе реализации программ по реформированию отрасли и показал необходимость внедрения новых подходов к реализации программ федерального уровня, а именно – программно-целевого метода с учётом региональной специфики системы здравоохранения области.

Список литературы

1. Гиляревский С. Р. Современные принципы анализа экономической эффективности медицинских вмешательств // Экономика здравоохранения. – 2002. – № 9.
2. Козлов А. В., Нестеренко Е. И., Полунина Н. В. К вопросу об актуальности экономического регулирования в здравоохранении на современном этапе // Экономика здравоохранения. – 2003. – №1.
3. Кучеренко В. З. Российское здравоохранение: вхождение в рынок. –СПб., 2001.
4. Решетников А.В. Финансовый менеджмент в системе обязательного медицинского страхования // Экономика здравоохранения. – 2002. – №10.
5. Решетников А.В. Экономика здравоохранения. – М., 2004.
6. Трушкина Л. Ю., Тлепцеришев Р. А., Трушкин А. Г. и др. Экономика и управление здравоохранением. – М., 2002.