

СИБИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Т. Б. Александрова, С. Г. Акулова

**ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ОТНОШЕНИЯ
В ЗДРАВООХРАНЕНИИ
В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ**

Учебно-методическое пособие

Томск-2002

СИБИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

КАФЕДРА ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

"Утверждаю"

Проректор по учебной работе
СГМУ, председатель ЦМС,
профессор А.И. Венгеровский

_____ 2002 г.
" ____ " _____

Т. Б. Александрова, С. Г. Акулова

**ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ОТНОШЕНИЯ
В ЗДРАВООХРАНЕНИИ
В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ**

Учебно-методическое пособие

Под редакцией зав. кафедрой общественного здоровья и здравоохранения, к.м.н. ,доцента,
заслуженного врача РФ В.Ф. Олейниченко

Томск-2002

УДК: 614.2.003(075)

ББК: Р11к4

А 465

Т. Б. Александрова, С. Г. Акулова. Экономические отношения в здравоохранении в современных условиях: Учебно-методическое пособие. /Под редакцией зав. кафедрой общественного здоровья и здравоохранения, к.м.н.,доцента, заслуженного врача РФ В.Ф. Олейниченко - Томск, 2002.-33с.

Учебно-методическое пособие содержит теоретические основы экономики здравоохранения на современном этапе. Даны основные понятия, связанные с источниками финансовых ресурсов здравоохранения: что такое гарантии государства и как осуществляется их финансовое обеспечение, из чего складываются доходы бюджетов, какова роль бюджета в финансовом обеспечении учреждений здравоохранения, как работает система ОМС. Описаны существующие механизмы финансирования учреждений здравоохранения из различных источников: бюджета, ОМС, за счет предпринимательской деятельности. Представлены новые подходы к эффективному использованию финансовых средств в здравоохранении. Особое внимание уделено вопросам совершенствования организации и финансирования амбулаторно-поликлинической помощи – важного звена, на которое возложена на современном этапе главная роль в реформировании здравоохранения.

Пособие может быть использовано в учебных целях студентами старших курсов врачебных факультетов, факультета высшего сестринского образования, курсантами системы последиplomного образования.

Рецензент: Начальник Департамента здравоохранения Администрации Томской области, д.м.н. профессор А.Т. Адамян

**СОЦИАЛЬНО-ТРУДОВЫЕ ОТНОШЕНИЯ В
ЗДРАВООХРАНЕНИИ.
ПРАВОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ И
ОТВЕТСТВЕННОСТЬ РАБОТНИКОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

**Информационно-методическое пособие для курсантов
ФПК и ППС и студентов СГМУ**

Под редакцией зав. кафедрой общественного здоровья и здравоохранения,
к.м.н., доцента, заслуженного врача РФ В.Ф. Олейниченко

Корректор И.А. Зеленская

Отпечатано в лаборатории оперативной полиграфии СГМУ
Заказ № Тиражэкз.

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	6
ЭКОНОМИКА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ. ПОНЯТИЕ.....	7
ФИНАНСИРОВАНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ.....	8
Структура здравоохранения РФ.....	8
Гарантии государства.....	9
Источники финансовых ресурсов.....	10
Финансирование государственных гарантий	11
Бюджетные учреждения	11
Доходы бюджетов	11
Система ОМС.....	12
Финансирование медицинских учреждений за счет средств бюджетной системы	13
Дополнительные источники финансирования	14
НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ЭФФЕКТИВНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ФИНАНСОВЫХ СРЕДСТВ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ	15
Оплата амбулаторно-поликлинической помощи	19
Анализ экономических аспектов деятельности стационара	29
Принципиальные аспекты повышения эффективности работы амбулаторно-поликлинического звена.....	31
Методические аспекты стоимостной оценки медицинских услуг	32
ВЫВОДЫ.....	35
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	36

ВВЕДЕНИЕ

Сложившаяся в 90-е годы система здравоохранения с ее финансированием по остаточному принципу на уровне не более 3,3% от валового внутреннего продукта оказалась не в состоянии сдерживать процесс ухудшения здоровья населения России. Отрицательное воздействие на здравоохранение оказывает несовершенство системы управления, которое проявляется в организационной разобщенности многих государственных структур, занимающихся вопросами охраны здоровья. Это приводит к потерям бюджетных и государственных внебюджетных средств, к размыванию ответственности за систему здравоохранения на уровне Российской Федерации.

Реформирование здравоохранения в России началось без четких, утвержденных государством концепций и программ реформирования отрасли. В ряде законодательных актов, в публикациях и на различных конференциях стали провозглашаться такие принципы организации и управления здравоохранением, как децентрализация управления, внедрение рыночных отношений, расширение прав руководителей ЛПУ и др.

Прошло много времени с момента проведения экономических экспериментов и реформ в здравоохранении, и отрасль, начиная с 1995-1996 гг., оказалась в кризисном состоянии. Она до сих пор испытывает "финансовую ишемию", несмотря на введение медицинского страхования и переход на бюджетно-страховой путь финансирования медицинской помощи, внедрение элементов частной практики. Децентрализация управления здравоохранением и расширение прав руководителей ЛПУ заставили территориальные органы здравоохранения, главных врачей в условиях финансового дефицита искать свои пути в решении задачи сохранения доступности медицинской помощи населению.

Перед практикой здравоохранения на местах встала главная задача: как более эффективно использовать весьма скромные финансовые средства, предназначенные для больничной помощи, сохранив ее доступность для всех

групп населения. Руководители органов и учреждений здравоохранения субъектов Федерации по-разному решали задачу по оптимизации сети и структуры медицинских учреждений.

На современном этапе объективно сложилось так, что практически каждое учреждение здравоохранения сегодня имеет свою, отличную от других учреждений, систему финансового обеспечения, зависящую от ряда факторов: региона (размер бюджетного финансирования), политики территориальных фондов обязательного медицинского страхования (объемы и тарифы в системе ОМС), возможностей ЛПУ (объемы и разнообразие предоставляемых медицинских услуг), платежеспособности населения (оказание платных медицинских услуг) и др.

Для того, чтобы здравоохранение могло выжить в условиях переходного периода и развиваться в будущем, крайне важными являются изучение и использование экономической науки, преимуществ рыночной экономики в решении проблем здравоохранения.

ЭКОНОМИКА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ. ПОНЯТИЕ

Рыночная экономика, формирующаяся в России и постепенно охватывающая различные сферы деятельности, имеет свои принципы. К ним относятся: свобода выбора видов и форм деятельности, всеобщность рынка, равноправие рыночных субъектов с различными формами собственности, саморегулирование деятельности, принцип договорных отношений, свобода ценообразования, самофинансирование, децентрализация управления и самостоятельность, экономическая ответственность, государственное регулирование, конкуренция и механизмы социальной защиты.

Здравоохранение в условиях современной рыночной экономики в той или иной мере использует ее законы и принципы для решения своих задач.

В популярном учебнике по рыночной экономике «Экономикс» К. Макконнел и С. Брю определяют предмет экономики как *исследование людей в процессе производства, распределения и потребления материальных благ и*

услуг в мире ограниченных ресурсов. В данной формулировке приводится описание существующей ситуации в российском здравоохранении. Потребности людей в медицинских услугах постоянно растут в то время как ресурсы для их оказания весьма ограничены, их недостаточно для удовлетворения всех потребностей людей в медицинском обслуживании с высоким или хотя бы приемлемым уровнем качества. В связи с этим весьма актуальным становится применение экономических подходов к решению важнейших проблем здравоохранения.

ЭКОНОМИКА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ - это отраслевая экономическая наука, которая изучает проблемы эффективного использования ограниченных ресурсов здравоохранения, управления ими для максимального удовлетворения потребностей людей в здоровье, товарах и услугах медицинского назначения. При изучении экономики здравоохранения детально рассматриваются две основные категории: стоимости и эффективности (рис.1).

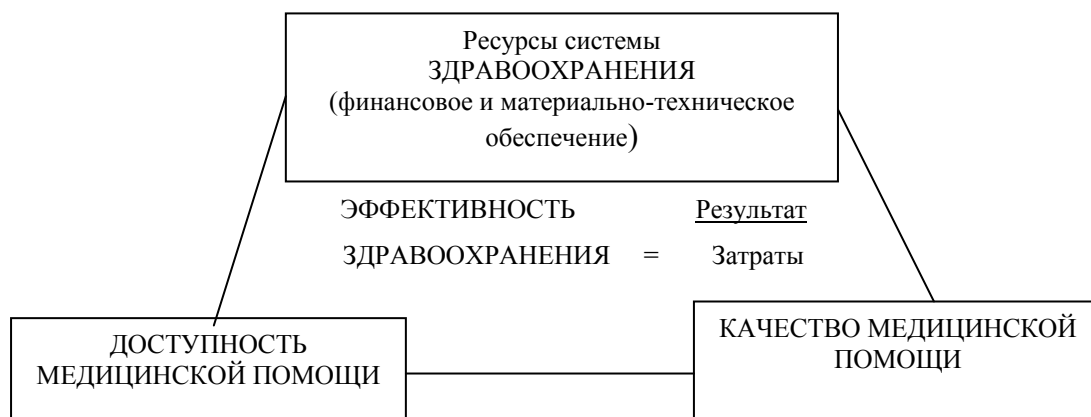


Рис. 1. Основные экономические проблемы здравоохранения

ФИНАНСИРОВАНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Структура здравоохранения РФ

Здравоохранение Российской Федерации состоит из государственного, муниципального и частного секторов. К государственному сектору относятся медицинские учреждения, находящиеся в собственности Российской

Федерации и ее субъектов. Большая часть медицинских учреждений принадлежит к муниципальному сектору и находится в собственности муниципальных образований.

Управление здравоохранением осуществляется на федеральном уровне Министерством здравоохранения РФ, на уровне субъектов федерации - органами управления здравоохранением исполнительной власти этих территорий, на муниципальном уровне - органами управления здравоохранением и руководителями учреждений здравоохранения местных органов самоуправления. В ряде случаев на муниципальном уровне функции органов управления возлагаются на администрацию центральных районных больниц (ЦРБ), центральных городских больниц (ЦГБ), территориальных медицинских объединений (ТМО). Кроме того, существует ведомственное государственное здравоохранение, а также в последнее время отмечается рост негосударственного медицинского сектора.

Гарантии государства

В соответствии со ст. 41 Конституции Российской Федерации, «каждый имеет право на медицинскую помощь. Медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений».

Для обеспечения конституционных прав граждан на уровне Российской Федерации правительством ежегодно принимается Программа государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью (далее - Программа государственных гарантий) и входящая в нее Базовая программа обязательного медицинского страхования.

На основе этих программ в субъектах Российской Федерации принимаются Территориальная программа государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской

помощью (далее Территориальная программа государственных гарантий) и Территориальная программа ОМС. Программы определяют виды, объемы, условия предоставления и финансирования медицинской помощи, оказываемой населению за счет средств бюджета и обязательного медицинского страхования. В Томской области ежегодно принимается Постановление администрации Томской области с утверждением Программы государственных гарантий обеспечения граждан Томской области бесплатной медицинской помощью.

Подавляющая часть медицинских учреждений России имеет организационно-правовой статус государственных или муниципальных учреждений - некоммерческих организаций, учредителями которых выступают органы государственной власти или местного самоуправления.

Большинству медицинских учреждений, в соответствии с их уставами, наряду с выполнением основных функций - оказанием населению бесплатной медицинской помощи в рамках государственных гарантий разрешено вести предпринимательскую деятельность, оказывать платные медицинские услуги населению или предоставлять их гражданам по договорам как со страховыми медицинскими организациями, ведущими добровольное медицинское страхование, так и с иными юридическими лицами.

Источники финансовых ресурсов

Финансирование здравоохранения Российской Федерации осуществляется из нескольких источников: бюджетов всех уровней (федерального, субъектов РФ, местного), средств обязательного медицинского страхования, средств юридических лиц, личных средств граждан, благотворительных взносов, иных источников, не запрещенных действующим законодательством.

Все указанные источники имеют различную природу, свои законы формирования, а также направления и способы расходования финансовых средств.

Финансирование государственных гарантий

В соответствии с законодательством, финансирование Программ государственных гарантий (государственных минимальных социальных стандартов) осуществляется за счет средств бюджета и обязательного медицинского страхования. Остальные источники должны использоваться для финансирования медицинской помощи сверх указанных программ.

Бюджетные учреждения

Бюджетными учреждениями, в соответствии с Бюджетным кодексом РФ, признаются организации, созданные органами государственной власти РФ, субъектов РФ или местного самоуправления для осуществления управленческих, социально-культурных, научно-технических и иных функций некоммерческого характера, финансируемые из государственного бюджета или бюджета государственного внебюджетного фонда на основе сметы доходов и расходов. В смете доходов и расходов бюджетных учреждений отражаются все его доходы, получаемые как из бюджета, государственных внебюджетных фондов, так и от осуществления предпринимательской деятельности.

Особенностью большинства бюджетных медицинских учреждений является то, что они финансируются как непосредственно из бюджета собственника (субъекта РФ, муниципального образования), так и страховщиками за счет бюджета государственного внебюджетного фонда (Территориального фонда ОМС). Такой вариант в Бюджетном кодексе не описан.

Доходы бюджетов

Объем финансирования здравоохранения во многом определяется величиной доходов бюджета. Доходы бюджетов образуются за счет налоговых и неналоговых видов доходов, а также за счет безвозмездных перечислений. К налоговым доходам относятся предусмотренные налоговым

законодательством налоги и сборы, а также штрафы и пени. В состав неналоговых доходов попадают средства от использования, продажи и иного возмездного отчуждения государственного и муниципального имущества, доходы от платных услуг, оказываемых государственными органами и бюджетными учреждениями, иной их предпринимательской деятельности.

Система ОМС

В Российской Федерации все население подлежит обязательному медицинскому страхованию (ОМС). Работодатели страхуют своих работников. Неработающее население страхуют органы исполнительной власти, как правило, органы местного самоуправления. Самостоятельно зарабатывающие граждане (предприниматели без образования юридического лица, частные адвокаты, нотариусы и т.д.) страхуют себя сами.

Объем и условия предоставления медицинской помощи застрахованным за счет средств ОМС в субъекте РФ устанавливаются Территориальной программой ОМС, входящей составной частью в Территориальную программу государственных гарантий. Эта программа не может быть меньше федеральной Базовой программы ОМС, входящей в Программу государственных гарантий.

Система обязательного медицинского страхования включает в себя фонды ОМС, Федеральный и Территориальные, создаваемые в каждом субъекте РФ, а также страховые медицинские организации (страховщики), имеющие государственные лицензии на осуществление медицинского страхования.

Федеральный фонд ОМС проводит государственную политику в сфере обязательного медицинского страхования и осуществляет выравнивание условий проведения ОМС в субъектах РФ.

Территориальный фонд ОМС осуществляет сбор страховых взносов и платежей на ОМС, финансирование страховщиков, контроль за целевым использованием средств ОМС. Территориальный фонд совместно с органами

здравоохранения участвует в разработке Территориальной программы государственных гарантий - в части разработки Территориальной программы ОМС.

Страховщики осуществляют оплату медицинской помощи застрахованным ими гражданам, оказанной медицинскими учреждениями в объеме и на условиях, предусмотренных Территориальной программой ОМС. В ряде территорий функции страховщиков выполняют филиалы Территориального фонда ОМС.

Источниками финансирования в системе ОМС в соответствии с законодательством являются: страховые взносы работодателей на обязательное медицинское страхование работников, страховые взносы лиц, страхующих себя самостоятельно - предпринимателей без образования юридического лица, страховые платежи органов исполнительной власти на обязательное медицинское страхование неработающего населения, штрафы и пени, полученные в результате деятельности в системе ОМС, доходы, полученные от использования (капитализации) временно свободных финансовых средств ОМС, прочие средства, не запрещенные законодательством.

Размер страховых взносов на ОМС устанавливается федеральным законом. Размер страховых платежей на обязательное медицинские страхование неработающего населения устанавливают органы исполнительной власти субъекта РФ, местные администрации за счет средств, предусматриваемых в соответствующих бюджетах при их формировании.

Финансирование медицинских учреждений за счет средств бюджетной системы

Медицинские учреждения, участвующие в реализации Территориальной программы государственных гарантий, делятся на две категории: бюджетные медицинские учреждения, прочие медицинские учреждения.

К прочим медицинским учреждениям относятся ведомственные медицинские учреждения, принадлежащие предприятиям, негосударственные медицинские учреждения, например, частные общие врачебные практики, участвующие в реализации Территориальной программы государственных гарантий.

В свою очередь, бюджетные медицинские учреждения подразделяются на: областные и муниципальные - находящиеся в собственности субъекта РФ и входящих в него муниципальных образований, федеральные - находящиеся в федеральной собственности.

В последнем случае бюджетное финансирование учреждений определяется собственником. Если такие учреждения участвуют в оказании медицинской помощи в рамках Территориальной программы ОМС, то они, как правило, могут рассчитывать на оплату своих услуг за счет средств ОМС на общих с остальными учреждениями основаниях.

Бюджетные медицинские учреждения, участвующие в реализации Территориальной программы ОМС, финансируются из двух источников - средств ОМС и бюджета собственника. Дополнительным источником финансирования служат целевые программы бюджетов всех уровней и целевые программы ОМС.

Дополнительные источники финансирования

Уставами большинства бюджетных медицинских учреждений в соответствии с Гражданским кодексом РФ предусматривается ведение ими предпринимательской деятельности. До введения Бюджетного кодекса доходы, полученные от этой деятельности, именовались «внебюджетными» и направлялись по усмотрению учреждения на его нужды без составления сметы доходов и расходов.

После введения Бюджетного кодекса статус доходов, получаемых от предпринимательской деятельности бюджетным учреждением, коренным

образом изменился. Эти средства включаются в смету доходов и расходов учреждения и учитываются как доходы соответствующего бюджета.

Средства из бюджета и фонда ОМС направляются, в основном, на обеспечение лечебными учреждениями медицинских услуг, входящих в Территориальную программу государственных гарантий (государственный или муниципальный заказ).

Незадействованные в реализации Территориальной программы государственных гарантий мощности и персонал медицинское учреждение может содержать только за счет доходов, получаемых от предпринимательской деятельности.

Дополнительные средства медицинское учреждение может заработать, оказывая медицинскую помощь застрахованным гражданам в рамках программ добровольного медицинского страхования по договорам со страховыми организациями, а также предоставляя гражданам платные медицинские услуги. Однако предпринимательская деятельность бюджетным медицинским учреждением имеет ряд существенных ограничений. В соответствии с законодательством дополнительные доходы могут быть получены за счет оказания населению платных медицинских услуг сверх объемов и условий их предоставления, предусмотренных Территориальной программой государственных гарантий.

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ЭФФЕКТИВНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ФИНАНСОВЫХ СРЕДСТВ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Все последние годы здравоохранение испытывает постоянный дефицит финансовых ресурсов для реализации государственных гарантий. Причиной тому служит тот факт, что установленный федеральным законом размер страховых взносов на ОМС ничтожно мал и не покрывает потребностей здравоохранения. С одной стороны, данный закон защищает налогоплательщика от чрезмерных налогов, с другой - он существенно

ограничивает возможности получения тем же налогоплательщиком полноценной и доступной медицинской помощи. Частично дефицит финансовых средств медицинского учреждения покрывается за счет открытого или скрытого нарастания платности получения гражданами медицинской помощи даже в рамках государственных гарантий. При этом широко распространены всевозможные формы так называемых натуральных соплатежей - например, когда больной вынужден приносить в стационар свои медикаменты, постельные принадлежности и продукты питания.

Платность в рамках государственных гарантий снижает доступность медицинской помощи, прежде всего для малообеспеченных слоев населения. Поэтому одной из основных задач финансового планирования становится изыскание дополнительных финансовых ресурсов за счет повышения эффективности деятельности здравоохранения с последующим направлением их для ликвидации дефицита финансирования государственных гарантий или, по крайней мере, сведения его к минимуму с тем, чтобы сделать медицинскую помощь доступной для всех слоев населения.

В 1994-1996 годах по контракту между Российской Федерацией и Агентством США по международному развитию на территории России проводилась международная программа «Здрав*Реформ*». В рамках реализации этой программы с целью повышения экономической эффективности и качества медицинской помощи при сохранении ее доступности для широких слоев населения были разработаны новые методы оплаты амбулаторно-поликлинической помощи.

При недостатке финансовых средств, направляемых на здравоохранение, актуальным является перераспределение их с оплаты высокочрезвычайно затратных медицинских услуг на малозатратные. Основными направлениями повышения эффективности использования финансовых средств здравоохранения являются:

1. Эффективная профилактическая деятельность на амбулаторном этапе по предупреждению и раннему выявлению заболеваний, предупреждению осложнений при хронических заболеваниях;
2. Увеличение объема медицинской помощи, оказываемой во внебольничных условиях (без снижения ее качества) за счет снижения стационарной помощи;
3. Оказание стационарной помощи интенсивного типа только тем больным, которые находятся в остром и тяжелом состояниях;
4. Долечивание больных после стационарного лечения интенсивного типа в амбулаторных условиях или в специальных стационарах со сниженной стоимостью пребывания;
5. Эффективная медицинская реабилитация;
6. Участие самих больных в оплате за оказываемую медицинскую помощь, что повышает их заинтересованность в бережном отношении к своему здоровью и способствует сокращению сроков лечения (при действующем законодательстве реализация этого направления пока не представляется возможной).

Данные направления можно реализовать с помощью следующих методов:

- тщательного контроля со стороны страховщиков за работой медицинских учреждений, за методами лечения и потоками больных, а в случае использования экономически неэффективных методов лечения применения штрафных санкций к производителям медицинских услуг;
- создания системы оплаты медицинских услуг, которая позволяла бы повысить материальную заинтересованность их производителей без повышения цен на услуги.

Ясно, что применение первого метода в качестве основного потребует создания сложной и дорогостоящей системы контроля со стороны страховщиков за действиями производителей медицинских услуг. При этом, как показывает международная практика, даже самые, казалось бы, эффективные методы контроля не могут препятствовать росту стоимости

медицинской помощи, если это отвечает экономическим интересам производителей услуг.

Поэтому, учитывая ограниченность финансовых средств, в системе ОМС следует применять второй метод в качестве основного, т.е. использовать такую систему оплаты медицинских услуг, которая ориентировала бы их производителей на экономически рациональные методы работы.

Экономическая заинтересованность медицинских учреждений и их работников во многом определяется способами оплаты их услуг. Так, в Великобритании число посещений (в расчете на одного жителя) к врачам общей практики, где оплата врачей не зависит от числа посещений, почти в два раза ниже, чем в Германии и Франции, которые используют гонорарный метод оплаты, учитывающий число посещений. Если же оплата зависит от числа обследований и консультаций, то идет наращивание этих услуг. По данным одной из комиссий Конгресса США, свыше трети проведенных в этой стране исследований, операций и других услуг пациентам (оплаченных, как правило, через систему медицинского страхования) были излишними.

Именно поэтому так важен выбор рациональной системы оплаты медицинских услуг, а в российских условиях он является жизненно необходимым, так как внедрение обязательного медицинского страхования происходит в условиях острой нехватки финансовых ресурсов.

Важное значение имеет также использование эффективного внутреннего хозяйственного механизма медицинских учреждений, заинтересовывающего их в интенсификации своей деятельности и рациональном использовании финансовых средств.

Основные требования к системе оплаты медицинских услуг:

- 1 Система финансирования медицинской помощи не должна носить убыточный характер.
- 2 Затраты на финансирование медицинской помощи страховщиками должны быть предсказуемыми (по крайней мере, в текущих ценах).

- 3 Следует стремиться к минимизации административных расходов на оплату медицинских услуг и оптимизации связанных с этим контрольных функций.
- 4 На территории каждого из субъектов РФ должна действовать единая система оплаты медицинской помощи в рамках ОМС, устанавливающая виды и способы оплаты.
- 5 Методы оплаты медицинских услуг должны стимулировать их производителей к выполнению ими своих функций наилучшим для пациентов образом в условиях рационального использования финансовых ресурсов.

При выборе методов оплаты медицинских услуг страховщиками особое значение следует придавать их сочетаемости.

Так, например, применение оплаты всего комплекса услуг поликлиники по подушевым нормативам недостаточно хорошо сочетается с оплатой услуг стационаров по МЭС. В этом случае у поликлиники отсутствует интерес к снижению объема госпитализации, в то время как стационар заинтересован в росте этого объема. Практика показывает, что в этих условиях происходит постепенное перераспределение финансовых средств в сторону стационарной помощи, что представляется экономически нерациональным.

Оплата амбулаторно-поликлинической помощи

Амбулаторно-поликлиническое звено, где, как правило, начинаются и заканчиваются большинство маршрутов пациента, обладает значительным потенциалом повышения эффективности использования финансовых ресурсов как на своем уровне, так и на уровне всей системы здравоохранения в целом.

Так, например, в некоторых районах до 40% вызовов скорой медицинской помощи осуществляется к хроническим больным, находящимся на диспансерном учете, что является очень дорогостоящей услугой.

Налаживание эффективной работы участкового звена может позволить значительно сократить объем таких вызовов.

Известно, что оказание медицинской помощи на амбулаторном этапе обходится в 8-10 раз дешевле, чем в стационаре. В этой связи представляется уместным напомнить о результатах экспертных оценок, согласно которым около 30% ныне госпитализируемых больных могли бы получить качественную медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

Амбулаторная помощь подразделяется на первичную медико-санитарную помощь (ПМСП) и специализированную медицинскую помощь.

ПМСП оказывается в настоящее время участковыми и цеховыми врачами в поликлиниках, врачебных амбулаториях, а также в фельдшерско-акушерских пунктах. Наиболее перспективным считается переход к оказанию этой помощи врачами общей (семейной) практики, чьи функции значительно шире обязанностей терапевта, педиатра и захватывают часть видов услуг, оказываемых в настоящее время врачами-специалистами.

Специализированная амбулаторная помощь оказывается:

1. Врачами-специалистами поликлиник (неврологами, отоларингологами и т.д.).
2. Некоторые виды помощи (стоматологическая, гинекологическая) - как в поликлиниках общего профиля, так и в специализированных учреждениях (женских консультациях, стоматологических поликлиниках и самостоятельных кабинетах).
3. Консультативно-диагностическая амбулаторная помощь - в консультативных центрах крупных медицинских учреждений (республиканских, краевых, областных больниц) и диагностических центрах.
4. Скорая и неотложная медицинская помощь - специализированными станциями скорой медицинской помощи, соответствующими подразделениями медицинских учреждений.

Основой амбулаторно-поликлинической помощи и всей системы медицинского обслуживания населения в целом должно являться звено ПМСП, и именно на него следует возлагать ответственность за оказание всего комплекса медицинской помощи прикрепленным к этому звену пациентам.

Могут быть использованы следующие схемы:

- звено оказывает разнообразную помощь собственными силами (если звеном ПМСП является врач общей практики —это около 70% всего объема помощи);
- при необходимости пациент направляется этим звеном на последующие этапы помощи, при этом результаты лечения контролируются и анализируются звеном ПМСП.

В настоящее время в городах функции звена ПМСП наряду с оказанием специализированной помощи выполняют крупные поликлиники, в которых качество выполнения функций ПМСП во многом определяется внутренним хозяйственным механизмом.

Звено ПМСП призвано осуществлять не только лечебную, но и профилактическую работу, а также гарантировать оказание медицинской помощи прикрепленному к нему населению на всех этапах. Если звено не выполняет организационные задачи, то эти функции вынуждены брать на себя страховщики, что ведет к росту затрат и возникновению разногласий с органами управления здравоохранением. Система финансирования такого звена должна предусматривать вознаграждение за организационную работу и ответственность звена за недочеты в этой работе. Весьма нежелательно, если система финансирования подразумевает прямую связь между материальным вознаграждением работников и количеством заболевших пациентов. В этом случае система финансирования всей медицинской помощи приобретает экстенсивный и убыточный характер.

Таким образом, с точки зрения экономических интересов страховщика (и общества в целом), звено ПМСП должно быть экономически

заинтересовано в том, чтобы его пациенты были здоровее, а средства на оплату им медицинской помощи использовались бы наилучшим образом. Если создать такую систему стимулов у врачей, которые лучше всех знают состояние здоровья своих пациентов и организуют оказание им медицинской помощи, то это будет способствовать эффективному расходованию страховых средств во всей системе здравоохранения.

В то же время необходимо учитывать, что на выбор системы оплаты медицинских услуг в системе обязательного медицинского страхования влияет значительное число факторов, в том числе уровень конкуренции на рынке услуг, степень экономической грамотности персонала медицинских учреждений и страховых компаний и ряд других.

Варианты оплаты амбулаторно-поликлинической помощи:

Вариант 1. Оплата страховщиками отдельных (подетальных) медицинских услуг (посещений врача, выписки рецептов, лабораторных исследований, процедур).

Достоинства :

- Заинтересовывает медицинских работников в оказании максимального объема услуг каждому пациенту.
- Позволяет собирать детальные сведения о структуре оказываемых услуг.

Недостатки :

- Нет экономической заинтересованности медицинских работников в улучшении здоровья пациентов.
- Пациентам могут оказываться не требующиеся им услуги.
- Объем финансирования непредсказуем.
- У медицинских работников нет заинтересованности в рациональном использовании финансовых ресурсов.
- Нет экономической взаимосвязи с другими этапами помощи.

- Большой объем данных об оказанных услугах повышает затраты на их обработку у страховщиков и в медицинских учреждениях.
- Отсутствие возможности полного выявления приписок.

Вывод: метод может применяться в случаях, когда страховщики имеют широкие возможности выбора партнеров в лице звеньев амбулаторной помощи. В таких случаях выбор падает на тех, кто работает наиболее эффективно и учитывает материальные интересы страховщика. Одновременно требуются значительные затраты на организационно-экономический контроль (выявление приписок, оправдания направлений на госпитализацию и т. д.). Может применяться лишь как метод, дополняющий основной способ оплаты услуг.

***Вариант 2.** Страховщики оплачивают подетальные медицинские услуги по единой системе тарифов, где стоимость услуг выражается в баллах. Общие расходы страховщиков на амбулаторную помощь устанавливаются заранее. Цена балла определяется путем деления этой суммы на общее число баллов, набранных всеми амбулаторными учреждениями за данный период.*

Достоинства:

- Заинтересовывает медицинских работников в оказании максимального объема услуг каждому пациенту.
- Позволяет собирать детальные сведения о структуре оказываемых услуг.
- Затраты на амбулаторную помощь заранее предсказуемы.

Недостатки:

- Нет экономической заинтересованности медицинских работников в улучшении здоровья пациентов.
- Пациентам могут оказываться не требующиеся им услуги.
- У медицинских работников нет заинтересованности в эффективном использовании финансовых ресурсов.
- Отсутствие экономической взаимосвязи с другими этапами помощи.

- Большой объем данных об оказанных услугах вызывает повышенные затраты на их обработку у страховщиков и в медицинских учреждениях.
- Отсутствие возможности полного выявления приписок

Вывод: в целом справедливы выводы, сделанные для предыдущего варианта. Затраты на контроль частично можно переложить на врачебные ассоциации, поскольку контролю подлежит лишь справедливое распределение средств внутри амбулаторного звена. Для учета всех набранных баллов необходимо использование ЭВМ.

***Вариант 3.** Страховщики оплачивают законченные случаи лечения (или диспансеризации), заранее классифицированные по некоторым параметрам (трудоzатраты, тяжесть случая, общие расходы). Каждая из групп оплачивается по установленным тарифам.*

Достоинства:

- В определенной мере ограничиваются общие расходы на амбулаторную помощь.
- Сокращается объем обрабатываемых счетов.
- Медицинские работники заинтересованы в сокращении сроков лечения.

Недостатки:

- Нет экономической заинтересованности медицинских работников в улучшении здоровья пациентов.
- Могут возникать попытки необоснованной экономии на предоставлении детализированных услуг (анализов, обследований и т.д.).
- Объем финансирования заранее полностью непредсказуем.
- У медицинских работников нет заинтересованности в эффективном использовании финансовых ресурсов.
- Отсутствие экономической взаимосвязи с другими этапами помощи.
- Возможность завышения тяжести случая.

Вывод: подобный метод может применяться при существовании конкуренции между производителями медицинских услуг в звеньях ПМСП и необходимости действенного контроля страховщиков, предотвращающего

попытки перекладывания сложных и невыгодных случаев на дорогостоящие этапы помощи. Может применяться внутри учреждений для оплаты услуг врачей-специалистов, а также для оплаты услуг специализированных амбулаторных учреждений (скорая медицинская помощь, женские консультации, стоматологические поликлиники и кабинеты).

***Вариант 4.** Страховщики финансируют амбулаторные учреждения по подушевому принципу на одного прикрепленного к учреждению пациента с учетом пола и возраста. Звено ПМСП за счет полученных средств оплачивает собственные услуги, услуги специализированной амбулаторной помощи внутри и вне учреждения (в том числе скорую медицинскую помощь). Страховщики дополнительно стимулируют звено ПМСП на проведение определенных профилактических мероприятий, посещение пожилых пациентов, а также на снижение уровня госпитализации среди пациентов по отношению к среднему уровню в соответствующих половозрастных группах.*

Достоинства:

- Медицинские работники амбулаторного звена (особенно ПМСП) заинтересованы в улучшении здоровья пациентов, так как чем меньше (и с меньшими осложнениями) будут болеть пациенты, тем больше у них останется средств. Отсюда заинтересованность в профилактике, раннем выявлении заболеваний и т. д.
- Звено ПМСП заинтересовано в рациональном расходовании финансовых средств на всех этапах оказания медицинской помощи.

Расходы на амбулаторную помощь заранее ограничены при контроле общих расходов звеном ПМСП.

- Расходы на оплату амбулаторной помощи у страховщиков минимальны.

Недостатки:

- Могут возникать попытки необоснованного сокращения объема услуг, предоставляемых пациентам (отказы в направлении на госпитализацию, консультации и т.д.).

- Требуется сбор дополнительной статистической информации, так как экономической информации недостаточно для углубленного анализа структуры амбулаторной помощи.
- При неотлаженном хозяйственном механизме амбулаторных учреждений у медицинских работников могут отсутствовать экономические стимулы в напряженном труде (финансирование осуществляется заранее).

Вывод: это потенциально наиболее эффективная схема оплаты услуг амбулаторного звена, оптимизирующая всю систему финансирования медицинской помощи. Однако для ее применения требуются налаженная система взаиморасчетов звена ПМСП с другими звеньями амбулаторной помощи и отработка хозяйственного механизма амбулаторных учреждений, стимулирующего эффективный труд. Необходимо также задействовать компенсационные механизмы, позволяющие сдерживать стремление необоснованно ограничить медицинскую помощь пациентам, а именно:

- свободный выбор пациентом звена ПМСП для прикрепления к нему;
- альтернативная служба помощи пациентам, куда они могут обратиться при отказе в медицинском обслуживании;
- система контроля качества медицинской помощи;
- жесткая система штрафных санкций при необоснованных отказах в направлении в медицинские учреждения и предоставлении медицинской помощи.

Разработка классификации и системы оплаты амбулаторной помощи является одной из основных проблем здравоохранения. В то же время необходимо признать, что задача расширения возможностей, увеличения объема и повышения качества амбулаторной помощи подразумевает изучение структуры и роли основных звеньев всей системы здравоохранения, и в частности, больниц.

Решение проблем амбулаторной помощи потребует разработки ряда взаимообусловленных стратегий и реформ, затрагивающих как амбулаторно-поликлинический, так и стационарный сектор. Система оплаты

амбулаторной помощи привлекает повышенное внимание по ряду причин. Несмотря на то, что больницы получают две трети всех средств, выделяемых на здравоохранение, лечение в стационарах не всегда является необходимым. Лишь оставшаяся треть средств направляется на амбулаторную помощь.

Подушевые выплаты поликлиникам (на каждого прикрепленного пациента) очень малы и недостаточны для оказания профилактической и первичной помощи на должном уровне. С точки зрения охвата и содержания новой системы оплаты амбулаторных услуг необходимо, прежде всего, определить услуги, которым будет уделяться особое внимание при оплате, и выяснить, откуда брать средства на их оплату. В условиях очень ограниченных (и сокращающихся) ресурсов вряд ли можно ожидать увеличения отчислений из бюджета. Другим вариантом может быть перераспределение ресурсов в рамках существующих фондов (иных отчислений), наконец, можно более эффективно и целесообразно использовать имеющиеся ресурсы. **Разработка новой системы оплаты амбулаторных услуг реально должна быть сосредоточена на последних двух вариантах.**

При поиске решения необходимо учитывать следующие факторы.

Ресурсы для укрепления амбулаторного сектора, скорее всего, будут получены из средств, выделяемых в настоящее время больницам. Поэтому очень важно выяснить соотношение целей и задач больниц и поликлиник. Необходимо тщательно координировать работу поликлиник и больниц, в связи с тем, чтобы обеспечить высокое качество медицинского обслуживания, наиболее эффективное использование дефицитных ресурсов и получить наилучшие результаты для пациентов.

Предпосылкой разработки новых методов оплаты является определение категорий пациентов, которым помощь может быть оказана амбулаторно. Во многих случаях процесс определения цели новой политики финансирования будет включать в себя описание совершенно новых видов амбулаторно-поликлинической помощи, которые в настоящее время в

амбулаторных условиях не оказываются. Поэтому важным шагом в понимании требований к новой системе финансирования будет анализ тех видов помощи, которые эта система затронет.

Для решения поставленной задачи должна быть разработана соответствующая методика. Можно рассмотреть несколько вариантов, используя опыт поликлиник, где были созданы стационары дневного пребывания для амбулаторного лечения определенных категорий пациентов, которые иначе могли бы быть госпитализированы. Для начала необходимо узнать мнение медицинских экспертов по поводу тех видов заболеваний, которые можно лечить амбулаторно. Затем добиться выработки единого мнения врачей относительно возможных случаев амбулаторного лечения без госпитализации.

Не менее важно также оценить реальность переноса части случаев в условия поликлиники. Реализация этого зависит от ряда факторов, включая наличие помещения для оказания необходимых видов амбулаторно-поликлинической помощи, доступность диагностического и лечебного оборудования для качественного лечения и наличие квалифицированного медперсонала. Поэтому необходимо выяснить, что нового потребует от поликлиники каждый вид заболевания, который предлагается лечить амбулаторно. Важно помнить, что перевод части пациентов из больницы в поликлинику потребует немалых затрат. Часть ожидаемых сэкономленных средств придется вложить в развитие инфраструктуры, необходимой для оказания эффективной и квалифицированной помощи.

Говоря о реальности осуществления обсуждаемого предположения, особенно важно помнить о том, что требования к консервативному и к хирургическому лечению различны. Стоимость оборудования и наличие специально обученного персонала может явиться причиной больших затрат и серьезных технических препятствий на пути тех видов хирургической помощи, которые предполагается оказывать амбулаторно. Анализ предлагаемых видов заболеваний должен учитывать реальные возможности

по оборудованию некоторых лечебных учреждений для проведения хирургических операций определенного уровня. Для того, чтобы определить набор видов заболеваний для амбулаторного лечения, необходимо разработать стандартные требования в разрезе медицинских специальностей. Вероятно также, что сложности с финансированием не позволят создать отделения амбулаторной хирургии в каждой поликлинике. Возможно, понадобится создание медицинского учреждения по территориальному принципу.

Важно также предварительно обосновать, как отразится введение новой системы финансирования на материальном положении больниц и врачей, чтобы свести к минимуму отрицательные последствия. Успех введения новой системы финансирования будет зависеть от поддержки больниц и врачей. На основании оценки тех видов заболеваний, лечение которых можно перенести из стационара в поликлинику, станет возможным развитие инфраструктуры, необходимой для этих медико-организационных изменений. Такая информация необходима, чтобы выяснить, каких пациентов затронут эти перемены, определить инфраструктуру и стоимость необходимых внебольничных ресурсов, выяснить, как отразится это перераспределение на больницах и на специалистах, оказывающих эти услуги пациентам в настоящее время.

Анализ экономических аспектов деятельности стационара

Если главная задача введения новой системы оплаты - способствовать перераспределению ресурсов между секторами, то нужно знать, что же будет оплачиваться. Поэтому первым шагом в определении реальности выполнения поставленных задач будет системный анализ числа госпитализаций и количества койко-дней при тех заболеваниях, которые могли бы быть пролечены амбулаторно. Одной из причин необоснованных госпитализаций является отсутствие необходимых диагностических и лечебных мощностей в поликлиническом секторе. У врачей поликлиник часто не хватает

необходимого оборудования и средств для определения причины заболевания пациента. Для решения проблем врач вынужден порой направить пациента в больницу, где ему будет поставлен диагноз. Эти обстоятельства показывают тесную связь между амбулаторной и стационарной помощью и результатами, которых можно добиться в случае повышения качества амбулаторной помощи.

Большую роль в решении проблем амбулаторной помощи могут сыграть специалисты больниц. В настоящее время у врачей, работающих на базе стационара, нет стимула проводить диагностику и лечение пациентов вне стационара. При существующих экономических стимулах и применяемых способах оплаты специалисты стационара заинтересованы прежде всего в госпитализации пациентов, чтобы больница могла «выполнить план». До сих пор не отработан механизм оплаты труда больничных врачей-специалистов, который побуждал бы их проводить полное лечение пациентов амбулаторно с целью сокращения расходов больницы.

По сравнению с США и странами Европы, продолжительность госпитализации в России очень велика. Это обусловлено не только технологией лечебного процесса, но и бытовыми условиями пациента. Тем не менее, многие койко-дни в больницах области могли бы быть заменены амбулаторным лечением. Точное количество таких «лишних» дней пока неизвестно. При выборе подходящих методов оплаты работы поликлиник необходимо учитывать опыт работы с больничными медико-экономическими стандартами. Требуется оценить систему оплаты, основанную на МЭС, и выяснить, дает ли она, как было задумано, стимулы для повышения эффективности работы стационаров (например, для снижения продолжительности госпитализации). Следует также принимать во внимание заинтересованность больниц в увеличении числа госпитализаций.

Сокращение числа «ненужных» госпитализаций и койко-дней путем перевода части больных в учреждения амбулаторно-поликлинического

сектора приведет к тому, что при тех же затратах объемы финансирования больниц будут уменьшены. Успех в этом направлении во многом зависит от способности администрации больниц более эффективно использовать больничные ресурсы и компенсировать недостаток средств более разумным управлением или получением средств из других источников. Хотя и существует возможность сократить большое число госпитализаций и койко-дней путем перевода части случаев из больниц в поликлинику, но для ее реализации потребуются лечебные мощности, трудовые и иные ресурсы поликлиник. Система оплаты амбулаторной помощи должна определять, каким образом можно стимулировать создание ресурсов и инфраструктуры, необходимых для оказания амбулаторной помощи высокого качества. Перевод части услуг из стационара в поликлинику потребует также активного участия и поддержки врачей-специалистов больницы. Больничные врачи-специалисты должны сыграть активную роль в укреплении медико-организационных и технологических возможностей системы амбулаторной помощи, что сделало бы возможным оказание новых видов услуг.

Принципиальные аспекты повышения эффективности работы амбулаторно-поликлинического звена

У оплачиваемых по подушевому методу поликлиник в настоящее время не так много стимулов и возможностей для проведения на своей базе дорогостоящих методов диагностики. Поэтому система оплаты должна заинтересовывать поликлиники использовать как свою диагностическую базу, так и базу стационаров. Чтобы при оказании стационарной и амбулаторной помощи цели поликлиник и больниц совпадали, необходимо организационное и финансовое единство. Для этого потребуется более глубокая, чем в настоящее время, интеграция стационарной и амбулаторной помощи.

В настоящее время административное и финансовое управление, а также экономические стимулы работы многих поликлиник и тех больниц,

куда они направляют пациентов, совершенно не связаны друг с другом. Только оставшаяся часть ресурсов здравоохранения выделяется амбулаторно-поликлиническому сектору, причем большинство средств распределяется между поликлиниками по подушевому нормативу, в зависимости от числа прикрепленных пациентов. При разработке системы оплаты поликлиник необходимо принимать во внимание ряд следующих обстоятельств.

Пациенты, которые лечатся амбулаторно, могут в течение курса лечения обращаться за помощью в различные лечебные учреждения по направлению лечащего врача. Разработка системы МЭС за пролеченного больного должна осуществляться с учетом возможности включения в оплату амбулаторного случая участие более одного лечебного учреждения. Структура амбулаторно-поликлинических стандартов должна отличаться от медико-экономических стандартов стационаров, которые включают как диагностику, так и лечение, и рассматриваются как единый технологический этап.

Методические аспекты стоимостной оценки медицинских услуг

В идеальном варианте система классификации пациентов, предназначенная для использования при оплате, должна разрабатываться с использованием подробной информации о потреблении конкретными пациентами медицинских услуг и ресурсов. Уровень затрат на каждого пациента будет определяться информацией по расходам конкретного ЛПУ. Важным показателем оценки системы классификации будет способность при помощи заложенных в нее критериев объяснять различия в использовании ресурсов пациентами с разными терапевтическими и хирургическими заболеваниями.

Однако получить данные по затратам каждого конкретного ЛПУ дорого и сложно. Для более эффективного способа достижения желаемой цели необходимо выбрать другой метод.

Один из методов, способных обеспечить необходимую информацию по затратам для проверки новой системы финансирования амбулаторно-поликлинического сектора, включает в себя разработку стандартных расценок на конкретные виды услуг при оказании медицинской помощи. Стандартные расценки должны отражать средние затраты на оказание определенных услуг в ряде типичных ЛПУ. Они будут выявлять не различия в эффективности работы или в накладных расходах отдельных ЛПУ, а скорее оценку средней стоимости оказания конкретной услуги, например, лабораторного анализа.

На практике стандарты (средние показатели) должны быть определены как для прямых издержек, так и для косвенных расходов. Анализ издержек (определение средней величины прямых издержек и косвенных расходов) должен определяться видами услуг, оказываемых ЛПУ. Там, где требуется разработка стандартов, следует использовать стандартизированную классификацию услуг. Стоимость определенного количества услуг будет определена непосредственно. Используя данные по затратам на типичные услуги большого объема, можно будет предположить относительную стоимость дополнительных услуг, непосредственная стоимость которых неизвестна. Таким образом, можно будет сравнительно легко выполнить оценку стоимости отдельных видов услуг. Этот метод может служить основанием для разработки нормативных показателей стоимости ресурсов, используемых в каждом конкретном случае. Он применяется для анализа различных вариантов затрат в зависимости от индекса структуры случаев и выбранной модели лечения. Система определения стоимости может также дать важную информацию для планирования и определения бюджета структуры случаев. И, наконец, информация о предположительной стоимости, полученная при помощи этого метода, может быть использована для сравнения эффективности различных систем классификации и служить объяснением разницы в затратах.

При помощи этого же метода можно попытаться решить и вторую проблему. В настоящее время система больничных медико-экономических стандартов различна для разных уровней ЛПУ в рамках системы здравоохранения.

Существует множество уровней и видов учреждений амбулаторно-поликлинического звена, к ним относятся: медицинские посты, общие практики, групповые практики, поликлинические отделения районных больниц, самостоятельные поликлиники, поликлиники внутри больниц, консультативный центр при центральной больнице, районный диагностический центр.

Набор услуг, оказываемых каждым из них, зависит от таких условий, как:

- количество, специализация, квалификация врачей;
- состав вспомогательного персонала (например, наличие технических работников);
- наличие необходимых помещений и диагностического оборудования (лабораторного, радиологического, функциональной диагностики, ультразвук);
- возможность оказывать медицинские терапевтические и хирургические услуги (например, амбулаторная хирургия);
- наличие места и необходимого вспомогательного персонала для обеспечения дневного пребывания при острых состояниях.

Используя разностороннюю систему классификации медицинских услуг, можно составить полный список всех услуг, оказанных во время посещения ЛПУ. Используя описанную выше систему оценки затрат на основе нормативных показателей для каждого ЛПУ, можно рассчитать стоимость медицинской помощи путем применения нормативных показателей к количеству и видам оказанных услуг. Полученная информация затем может быть использована для создания или пересмотра коэффициентов для медико-экономических стандартов или для типов ЛПУ.

Нормативы оплаты по типам ЛПУ (сельский медицинский пункт, общая практика, поликлиника) основаны на видах оказываемых услуг и на возможностях ЛПУ. Система кодирования медицинских услуг и процедур должна включать в себя определение услуг, которые могут быть оказаны на всех уровнях медицинской помощи и во всех типах ЛПУ. С другой стороны, нормативные показатели и общие издержки различны в разных ЛПУ и будут варьироваться из-за разницы в зарплате, различных накладных расходов, наличия того или другого оборудования и других местных особенностей. Расценки ЛПУ на одинаковые услуги будут разрабатываться на основе определения нормативных показателей для каждого типа ЛПУ.

ВЫВОДЫ

Анализ приведенных выше вариантов финансирования поликлиник позволяет констатировать, что для территорий, располагающих банком данных о потребностях населения в медицинской помощи, одним из рациональных вариантов финансирования следует считать использование дифференцированного подушевого норматива, рассчитанного с целью оказания амбулаторно-поликлинической помощи. При этом основные финансовые средства в поликлинику поступают через страховые медицинские организации. С целью стимулирования создания самостоятельных некоммерческих общих врачебных практик можно предусмотреть дополнительные фиксированные выплаты из финансовых средств, поступающих от муниципалитетов, органов здравоохранения (в рамках целевых комплексных программ) и других организаций.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Зелькович Р.М., Исакова Л.Е., Семенов В.Ю. Экономика здравоохранения: основные понятия. – Кемерово, - 1999. - с.
2. Зелькович Р.М., Фрид Э.М. Анализ и планирование финансов в здравоохранении. – Кемерово, - 2000. - с.
3. Исакова Л.Е., Закиров А.И., Зелькович Р.М. и др. - Разработка и использование новых методов оплаты амбулаторно-поликлинической помощи.- М. - 1996. – 148с.
4. Исакова Л.Е., Шевский В.И. - Введение в финансовый менеджмент медицинского учреждения. – Кемерово, - 2000. - с.
5. Корчагин В.П. - Финансовое обеспечение здравоохранения. – М. - 1997. - с.
6. Социальная гигиена (социальная медицина) и организация здравоохранения. - Под редакцией академика Ю.П. Лисицына.-М. – 2000. – с.
7. Царик Г.Н. - Разработка метода оплаты амбулаторных медицинских услуг на основе концепции клинико-статистических групп (КСГ). Отчет по гранту. – М. - 1996. – 63с.
8. Юрьев – Общественное здоровье и здравоохранение. - СПб. – 2001. - с.

ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ОТНОШЕНИЯ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

Т.Б. Александрова - к.м.н, С.Г. Акулова

Под редакцией заведующего кафедрой общественного здоровья и
здравоохранения, к.м.н., доцента, заслуженного врача РФ В.Ф. Олейниченко

Учебно-методическое пособие для курсантов факультета
последипломной подготовки специалистов системы здравоохранения и
студентов медицинского ВУЗа

Корректор: Зеленская И. А.

Отпечатано в лаборатории оперативной полиграфии СГМУ

Заказ №

Тираж 100 экз.