

На правах рукописи

ШТУКЕРТ АНАТОЛИЙ БЕРНГАРДОВИЧ

**МЕХАНИЗМЫ МОДЕРНИЗАЦИИ СОЦИАЛЬНО-
ЭКОНОМИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ МУНИЦИПАЛЬНОГО
ОБРАЗОВАНИЯ**

(На примере муниципального здравоохранения)

Специальность 08.00.05 - Экономика и управление
народным хозяйством (региональная экономика)

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени кандидата
экономических наук

Владимир 2010

Работа выполнена в ГОУ ВПО «ВЛАДИМИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
ГУМАНИТАРНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»

Научный руководитель - доктор экономических наук, профессор
Хартанович Константин Витальевич

Официальные оппоненты: доктор экономических наук, профессор
Дмитриев Юрий Алексеевич

кандидат экономических наук, доцент
Илларионов Александр Ефимович

Ведущая организация - ГОУ ВПО Костромской государственный
университет имени **Н.А. Некрасова**

Защита состоится « 28 » января 2011г. в 14-00 часов на заседании
диссертационного совета ДМ 212.025.06 при ГОУ ВПО «Владимирский
государственный университет» по адресу: 600000, г. Владимир,
ул. Белоконской, 3/7, ауд.223-3.

С диссертацией можно ознакомиться в научной библиотеке ГОУ ВПО
«Владимирский государственный университет» по адресу: г. Владимир,
ул. Горького, 87, корпус 1.

Автореферат разослан « 28 » декабря 2010 г.

Учёный секретарь

диссертационного совета

кандидат экономических наук, доцент

П.Н. Захаров

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы исследования. Тема диссертационной работы является **актуальной**, так как в настоящее время происходит реформирование экономических и правовых отношений в здравоохранении. Лечебным учреждениям приходится вести свою деятельность в условиях динамично меняющегося рынка медицинских услуг.

Сокращаются объемы финансирования за счет средств государственного бюджета, в полном объеме не оплачивается оказание медицинской помощи в условиях ОМС в связи с нехваткой средств в территориальных фондах ОМС, что сказывается на экономическом положении лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) не с лучшей стороны. Для обеспечения устойчивости лечебно-профилактических учреждений рыночная экономика заставляет переходить к новому механизму функционирования муниципального здравоохранения.

Модернизация российского здравоохранения поставила перед практическим здравоохранением ряд проблем экономического, управленческого, организационного и юридического характера, решение которых необходимо для успешного реформирования как государственного, так и частного здравоохранения.

В апреле 2010 года стали известны детали масштабной реформы здравоохранения, о которой объявил премьер-министр РФ В.В. Путин. До 2013 года в стране отремонтируют и переоснастят 80% медучреждений. А полис обязательного страхования станет электронным и начнет действовать на всей территории России.

За последние 15 лет в России было принято около двадцати федеральных законов, регламентирующих правоотношения в сфере охраны здоровья граждан. Продолжается планомерная системная работа по созданию Кодекса об охране здоровья.

Традиционно руководителями больниц и заведующими отделениями в России становились профессиональные врачи, не имевшие специальных знаний в области экономики и бизнес-планирования, управления персоналом и финансами. Отсюда – неразумное планирование расходов, простаивающее дорогостоящее оборудование, низкие зарплаты медперсонала.

Вопрос подготовки управленческих кадров в сфере здравоохранения сегодня особенно актуален в связи с принятым в первом чтении законопроектом о реформе сети бюджетных организаций. Его суть в том, что бюджетные учреждения со сметного финансирования будут переводиться на субсидии за выполняемый госзаказ, а значит, получать большую финансовую независимость и право заниматься предпринимательской деятельностью.

Муниципальное здравоохранение выполняет основной объем работы в рамках обеспечения государственных гарантий предоставления бесплатной медицинской помощи. Отсутствие инновационных **механизмов**, обеспечивающих реализацию государственных гарантий на местном уровне,

приводит к неэффективному, нерациональному использованию направляемых на эти цели средств федерального, регионального и местного бюджетов. Обоснованные тарифы оплаты медицинских услуг, профессиональный менеджмент, устойчивое финансирование ЛПУ и эффективное управление финансами являются необходимыми условиями функционирования лечебного учреждения в жестких условиях рыночной экономики.

Начавшийся в 2008 г. мировой экономической кризис остро сказался на финансировании отечественного здравоохранения. Бюджеты всех уровней вынуждены резко сокращать расходные статьи. Однако Президент России Д.А. Медведев и глава Правительства РФ В.В. Путин заявили о недопущении сокращения финансирования социального сектора экономики.

«Многие поликлиники и больницы не имеют достаточного оборудования для оказания медпомощи в соответствии с современными требованиями. Поэтому в течение двух ближайших лет мы выделим около 300 млрд.рублей на приведение всей сети здравоохранения страны в порядок.

В первую очередь средства должны направляться на совершенствование медицинской помощи по тем заболеваниям, которые являются основной причиной высокой смертности. Второе. На внедрение современных информационных систем в здравоохранении – направляется 24 млрд. рублей. Ещё 136 млрд. рублей выделим на повышение уровня обеспеченности стандартов предоставления медицинских услуг. Они включают такие статьи затрат, как заработная плата медицинского персонала, лекарства, питание больных, расходные материалы и диагностическое оборудование. Эти средства получают только те субъекты Российской Федерации, которые примут **программы модернизации здравоохранения**»¹.

Рынок медицинских услуг – это полноценный сегмент экономики России, на котором протекают процессы взаимодействия спроса и предложения, ценообразования и конкуренции. Субъекты здравоохранения должны использовать всевозможные методы привлечения финансов от предпринимательской деятельности, а также государственной и муниципальной поддержки.

Административная и социальная реформы, осуществляемые в Российской Федерации, реализация приоритетного национального проекта «Здоровье» меняют организационные, финансовые, нормативно-правовые отношения между субъектами здравоохранения и требуют разработки новых управленческих технологий и конкретных мероприятий по совершенствованию системы здравоохранения. Важное условие успеха таких проектов – вовлеченность в формирование институциональных основ управления не только центральных и региональных, но и муниципальных органов власти. Важнейшим фактором в формировании новых отношений является уровень подготовки и готовности к этому управленческих кадров здравоохранения.

Указанные тенденции требуют постоянного мониторинга, а происходящие

¹ В. Путин: Россия реагировала на кризис, как подобает сильному государству. – Призыв № 56 от 21.04.2010.

перемены – тщательного социально-экономического анализа организационного и экономического обеспечения развития муниципального здравоохранения. Все вышеизложенное и обуславливает актуальность данного исследования.

Степень научной разработанности проблемы.

Проблемы экономики социальной сферы в целом исследуются в трудах как зарубежных, так и отечественных ученых. Анализ зарубежных систем социальной защиты населения и здравоохранения представлен в работах Д.Ди Нитто, Л. Грега, В. Наварро, Р. Салтмана. Основные экономические характеристики социальной сферы России, особенности ее развития рассматриваются в работах А.М. Бабича, А.Л. Пиддэ, Л.П. Храпылиной.

В работах Ф.Н. Кадырова, А.И. Вялкова, А.Л. Пиддэ, С.А. Леонова, В.О. Флек, В.И. Стародубова, Г.Н. Царик, Н.Г. Шамшуриной и других авторов изложены основы управления здравоохранением на современном этапе, финансовое планирование российского здравоохранения в условиях рынка, теория экономики здравоохранения, инвестирования в здравоохранение, эффективность менеджмента в здравоохранении.

Большое внимание вопросам экономики здравоохранения, финансирования, финансового управления ЛПУ, новому механизму хозяйствования и эффективному функционированию ЛПУ в условиях рыночной экономики уделено в исследованиях зарубежных учёных: Моссиалоса Э., Диксона А., Прекера А.С., Якаб М., Шнайдера М., Салтмана Р.Б., Фигейраса Д. и отечественных учёных: Л.А. Бокерии, Н.А. Воронцовой, В.Т. Вишнякова, Ф.Н. Кадырова, В.Ю. Семёнова, Л.А. Габуевой, О.Г. Грефа, С.И. Костыриной, А.А. Лебедева, Ю.Н. Одинцова А.Г. Трушкина, В.Н. Филатова, В.О. Флек, Р.А. Хальфина, И.М. Шеймана, Н.Г. Шамшуриной и многих других.

Проблематика муниципального здравоохранения, социальная политика в муниципальных образованиях, вопросы инвестирования и развития муниципального образования, финансирование здравоохранения в регионах, проблемы муниципального и регионального здравоохранения, совершенствование экономических методов управления муниципальной собственностью, анализ современного положения дел в сфере здравоохранения территорий, подходы к определению эффективности деятельности региональных, муниципальных систем здравоохранения, а также эффективности функционирования медицинских организаций посвящены работы отечественных учёных: Н.А. Волгина, Л.А. Батурина, О.Б. Веретенниковой, А.И. Вялкова, Н.Ф. Герасименко, В.В. Гришина, В.К. Егорова, С.В. Калашнико В.Г. Игнатова, М.К. Гусевой, А.В. Решетникова, В.Ю. Семенова, Ю.Н. Филиппова, В.В. Чекмарёв, С.В. Шишкина, Н.Г. Шамшуриной, И.М. Шеймана, Г.Н. Царик и других, а также владимирских регионалистов: В.Ф. Архиповой, Ф.Н. Бадаева, Г.В. Гутмана, Ю.А. Дмитриева, О.В. Доничева, О.Б. игилиной, А.Е. Илларионова, В.А. Кретинина, Н.А. Курючкина, Д.И. Кошкиной, Ю.Н. Лапыгина, В.Г. Старовойтова, И.А. Тогунова, К.В. Хартановича и других.

Однако следует отметить, что в доступной автору литературе остаются недостаточно разработанными вопросы финансирования муниципального здравоохранения, финансового управления ЛПУ в условиях расширения предоставления медицинских услуг на коммерческой основе и обострения проблем привлечения дополнительных инвестиций в процессе инновационной модернизации экономики. Актуальность этих вопросов и предопределило выбор темы диссертационного исследования.

Целью диссертационной работы является разработка инновационных механизмов функционирования системы муниципального здравоохранения и выработка рекомендаций по модернизации деятельности муниципальных ЛПУ в условиях современной рыночной экономики.

Исходя из поставленной цели, вытекают основные **задачи** исследования.

- Обобщение теоретико-методологических основ государственной политики в области здравоохранения и охраны здоровья населения.
- Анализ социально-экономического развития муниципального сектора здравоохранения.
- Анализ состояния здоровья населения РФ и Владимирской области.
- Выявление специфики финансирования муниципального здравоохранения. Определение основных проблем функционирования муниципального здравоохранения.
- Определение механизмов модернизации деятельности ЛПУ муниципального здравоохранения. Обоснование модели функционирования ЛПУ в условиях экономической модернизации.
- Разработка технологии работы новой модели функционирования ЛПУ.

Объектом исследования является муниципальное здравоохранение.

Предметом исследования являются экономические, управленческие, организационные и социально-культурные отношения, возникающие в процессе функционирования муниципального здравоохранения, и их совершенствование в условиях модернизации муниципального здравоохранения и реформирования государственного и муниципального управления.

Методологическая основа исследования базируется на материалистической позиции и положениях диалектики, системном подходе.

В работе нашли применение общенаучные и специальные методы теоретического и эмпирического исследования: анализ и синтез, дедукция и индукция, моделирование, диалектический метод, методы сравнительного и статистического анализа, экономико-математические методы, метод экспертных оценок и социологических исследований.

Теоретической основой исследования являются достижения научной мысли отечественных и зарубежных учёных, содержащиеся в теории экономики и управления финансовыми потоками здравоохранения, менеджмента в здравоохранении, государственной социальной политики, социальной политики в муниципальных образованиях, прикладные исследования, программы, концепции, законы, указы, постановления,

методические указания и другие материалы по управлению развитием экономики и инвестированием муниципального здравоохранения, развитию здравоохранения Владимирской области.

Информационной базой исследования послужили Конституция Российской Федерации, Гражданский кодекс Российской Федерации, Бюджетный кодекс Российской Федерации, Законодательные акты Российской Федерации в сфере здравоохранения, принятые с 1991 по 2010 гг., документы органов государственного управления по вопросам организации системы здравоохранения и медицинской помощи за период с 1993 по 2010 гг., действующие законодательные и нормативные акты Правительства РФ, Послания Президента Федеральному Собранию РФ, Государственной Думы РФ, Министерства здравоохранения и социального развития РФ, Администрации Владимирской области, постановления Губернатора Владимирской области, материалы специализированных журналов и сборников, материалы статистической отчетности муниципальных медицинских учреждений, Городского Управления Здравоохранения, Департамента Здравоохранения Владимирской области, научных конференций и семинаров, периодической печати.

Логика исследования отражает последовательность основных стадий исследования, представленных ниже. На начальных этапах исследования проводится анализ государственной социальной политики, рассматривается социально-экономическое развитие муниципального сектора здравоохранения, проводится анализ функционирования здравоохранения РФ, рассматривается экономика муниципального здравоохранения, финансовые проблемы ЛПУ, рассмотрен рынок медицинских услуг, особенности ценообразования в системе здравоохранения. Далее проводится анализ состояния здоровья населения и состояния муниципального здравоохранения на современном этапе: рассматриваются основные механизмы финансирования муниципального здравоохранения, основные проблемы, сдерживающие развитие и функционирование муниципальных ЛПУ; предложены механизмы модернизации развития муниципального здравоохранения.

Диссертационная работа выполнена в соответствии с паспортом специальности 08.00.05 ВАК РФ, пп. 3.16; 3.17.

Основные результаты исследования, обладающие научной новизной:

1. На основе анализа широкого спектра отечественных и зарубежных теоретико-методологических источников уточнены и обоснованы авторские формулировки ключевых категорий по теме исследования:

- «система муниципального здравоохранения», рассматриваемая как совокупность элементов (институтов и процессов), тесно взаимодействующих между собой и обеспечивающих целостность оказания медицинской помощи населению муниципального образования, а также «Система муниципального здравоохранения» – это совокупность организаций здравоохранения, находящихся в собственности муниципального образования, и использующих

собственные и привлечённые финансовые средства для обеспечения устойчивого оказания медицинской помощи местному сообществу (С. 29).

- «система финансирования здравоохранения», понимаемая автором как совокупность форм и методов формирования, распределения и использования денежных средств в области здравоохранения (С. 30).

- «модернизация муниципального здравоохранения» – новый термин, введённый автором в научный оборот, который истолкован в работе как экономико-организационный процесс перевода системы здравоохранения на новый качественный уровень производства медицинских услуг путём рационализации и оптимизации механизмов финансирования лечебно-профилактических учреждений (С.104).

2. В результате исследования действующих механизмов функционирования муниципального здравоохранения выявлены основные негативные элементы существующей модели функционирования производителей медицинских услуг – ЛПУ и доказана необходимость её модернизации. На основе исследования практики медицинской деятельности лечебного учреждения обобщены и классифицированы специфические барьеры и проблемы в реализации комплекса инновационных программ и проектов развития муниципального здравоохранения (С. 89-93, 138-139).

3. Разработана и обоснована новая модель функционирования лечебно-профилактических учреждений в условиях экономической модернизации здравоохранения, включающая современные способы организации общественных отношений между медицинским субъектом и объектом оказания медицинской помощи (местным сообществом муниципального образования), базирующаяся на рыночных принципах (С. 108). Предложена технология работы модернизированной модели функционирования ЛПУ (С. 133).

4. Сгруппированы и классифицированы основные источники финансирования муниципального здравоохранения: финансовые поступления из бюджетов разного уровня (в том числе и муниципального бюджета), средства ОМС, собственные средства ЛПУ, средства, полученные от предпринимательской деятельности, привлечённые внешние средства (спонсоры, гранты, премии), средства, выделяемые по программам и проектам (национальный проект «Здоровье») (С. 30-40, 43-50, 84, 93,144).

5. Определены, обоснованы и апробированы в экономической практике ЛПУ инновационные механизмы модернизации муниципального здравоохранения (С. 105-110,148). Показано, что модернизация экономики лечебного учреждения должна базироваться на современных экономических знаниях и умениях, на обоснованных финансовых расчётах, на эффективном муниципальном менеджменте, использовании передовых технологий организации хозяйствования муниципального субъекта (кредит, лизинг, факторинг, аренда и т.д.) (С. 152-154).

Теоретическая и практическая значимость диссертационного исследования заключаются в том, что разработанные теоретические и методические основы модернизации муниципального здравоохранения могут

быть использованы в практике организации экономики ЛПУ, а также в процессе разработки и принятия управленческих решений в сфере здравоохранения на уровне муниципальных образований. Предложенная модель может стать основой комплекса мероприятий по модернизации муниципального здравоохранения. В учебном процессе материалы диссертации найдут своё место при изучении курсов «Экономика здравоохранения», «Социальная политика в муниципальных образованиях», «Основы экономического анализа здравоохранения», «Региональная экономика и управление», «Менеджмент в здравоохранении», «Экономика и управление здравоохранением», «Социальная политика» в высших учебных заведениях, на различных курсах повышения квалификации с целью формирования современного экономического мышления в области управления финансированием муниципального здравоохранения и применения их на практике. Практическая значимость: рассмотренная тема в диссертации является актуальной в настоящее время и насущно необходимой для медицинских учреждений, работающих в современных рыночных условиях, и поэтому результаты её анализа могут быть рекомендованы для практического применения в ЛПУ.

Апробация результатов исследования. Основные положения и результаты диссертации представлены в докладах и выступлениях на Международных научно-практических конференциях (Н. Новгород 2009 г, Владимир 2009, 2010 г), Региональных межвузовских научно-практических конференциях (Н. Новгород 2007, Владимир 2008, 2009, 2010 гг.), статьях в журналах (Кострома 2010). По теме диссертации опубликовано 17 научных работ, общим объёмом 6,99 п.л., в том числе 2 статьи, опубликованных в журналах из перечня, рекомендованного ВАК РФ.

Структура диссертационной работы. Структура диссертации определяется целью, задачами и логикой научного исследования. Работа состоит из введения, трех глав, заключения, библиографического списка литературы из 172 наименований и 10 приложений. Работа изложена на 154 страницах, включая 27 таблиц, 28 рисунков и схем.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Во введении обосновываются актуальность и степень разработанности изученной темы, определяются цели и задачи, объект и предмет, морфология и информационная основа исследования, формулируется научная новизна, теоретическая и практическая значимость исследования, описывается апробация результатов научной работы.

В первой главе «ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ МОДЕРНИЗАЦИИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ» рассматриваются: Государственная социальная политика в области здравоохранения; теоретические основы механизмов функционирования здравоохранения, раскрывается понятие системы муниципального здравоохранения. Дана сравнительная характеристика разных систем финансирования. Отражены основные механизмы формирования средств в

системе финансирования здравоохранения. Раскрывается специфика механизма экономического развития здравоохранения, рассмотрен рынок услуг здравоохранения. Проанализированы особенности ценообразования в системе здравоохранения. Изложен системный подход к социально-экономической динамике развития муниципального сектора здравоохранения, обосновано стратегическое развитие муниципального здравоохранения.

«Цель государственной политики в области здравоохранения – улучшение состояния здоровья населения на основе обеспечения доступности медицинской помощи путем создания правовых, экономических и организационных условий предоставления медицинских услуг, виды, качество и объемы которых соответствуют уровню заболеваемости, потребностям населения, а также современному уровню развития медицинской науки и ресурсам, которыми располагают государство и граждане»¹.

Государственная социальная политика в области здравоохранения закреплена в Конституции РФ (ст. 114), в Основах законодательства РФ об охране труда № 5487-1 от 22.07.93 (Раздел III: ст. 5,9 – 14), в Законе РФ № 1499-1 от 28.06.91 «О медицинском страховании граждан в РФ» (ст. 11, 12). Она направлена на создание таких условий деятельности системы здравоохранения Российской Федерации, которые позволяют осуществлять просвещение населения, профилактику заболеваний, обеспечивать оказание медицинской помощи гражданам, проводить научные исследования и подготовку кадров в области здравоохранения, поддерживать и развивать материально-техническую базу системы здравоохранения Российской Федерации.

Государственная политика в области здравоохранения строится на принципах поддержки государством мер по сохранению и улучшению здоровья граждан; отнесения здоровья граждан к одному из важнейших факторов обеспечения национальной безопасности страны; соблюдения в Российской Федерации конституционных прав граждан в сфере охраны здоровья и предоставления каждому гарантированной государством медицинской и лекарственной помощи, соответствующей федеральным стандартам качества; обеспечения установленных государством гарантий в области здравоохранения соответствующими финансовыми ресурсами, направляемыми на здравоохранение, социальной справедливости при реализации прав граждан в области здравоохранения независимо от социального статуса, состояния здоровья, места жительства, уровня доходов и других обстоятельств; приоритетности мер по профилактике заболеваний, стимулированию деятельности, направленной на просвещение населения и пропаганду здорового образа жизни и других принципах.

В соответствии с положениями Послания Президента Федеральному Собранию от 5 ноября 2008 г. Министерством здравоохранения и социального

¹ Путин В.В. Послание Федеральному Собранию Российской Федерации 26.05.2004 г. <http://president.kremlin.ru>.

развития РФ разработана Концепция развития здравоохранения до 2020 г. В ней рассмотрены основные цели и задачи развития здравоохранения, а также основные государственные гарантии по обеспечению граждан медицинской помощью.

Социальная политика государства направлена на улучшение состояния здоровья населения на основе обеспечения доступности медицинской помощи путем создания правовых, экономических и организационных условий; соблюдения в Российской Федерации конституционных прав граждан в сфере охраны здоровья и предоставления каждому гарантированной государством медицинской и лекарственной помощи.

В здравоохранении сформировалось три сектора: государственный (федеральный уровень и уровень субъектов Российской Федерации), муниципальный и частный. Каждый из этих секторов выполняет свои, четко определённые законодательно задачи по организации и оказанию медицинской помощи и имеет свои расходные обязательства.

Предусмотренная ст. 8 Конституции РФ свобода конкуренции, признание и защита государственной, муниципальной и частной собственности являются конституционной основой для создания и функционирования всех секторов здравоохранения. В статье 11 Конституции РФ определена роль органов местного самоуправления, не входящих в систему органов государственной власти, что является основой функционирования инфраструктуры муниципального сектора здравоохранения.

В рамках административной реформы на основании Федерального закона «Об общих принципах организации местного самоуправления в РФ» от 06.10.03 г. №131-ФЗ произошло разделение ответственности между органами власти субъектов Федерации и органами власти муниципального образования.

Статья 15 данного Закона регламентирует вопросы местного значения муниципального района, а п. 12 – вопросы организации оказания на территории муниципального района скорой медицинской помощи, первичной медико-санитарной помощи в амбулаторно-поликлинических и больничных учреждениях, медицинской помощи женщинам в период беременности, во время и после родов. Ответственность за финансирование, доступность и качество медицинской помощи на территории муниципального района в соответствии с данным законом лежит на муниципальной власти района.

Решением Владимирского городского Совета народных депутатов от 16.04.1998 г. N 87 "О Временном положении о муниципальной системе здравоохранения города Владимира" было принято Положение о муниципальной системе здравоохранения города Владимира. Настоящее Положение определяло организационно-правовые, экономические и социальные принципы построения и функционирования муниципального здравоохранения города Владимира, механизм внутриотраслевого взаимодействия систем здравоохранения, регламентировало полномочия и взаимодействие с органами местного самоуправления, системой обязательного медицинского страхования, общественными объединениями и организациями.

В Положении определялось финансирование муниципальных учреждений, рассматривалось дополнительное финансирование. Департаментом здравоохранения на основе федеральных программ принимаются Целевые муниципальные программы здравоохранения, предназначенные для проведения государственной политики в области здравоохранения. Администрацией области совместно с департаментом здравоохранения области принимается программа «Стратегическое развитие муниципального здравоохранения».

Российская система здравоохранения претерпела с 1991 г. ряд существенных трансформаций в механизмах её финансирования и управления. Государственная система здравоохранения оказалась разделённой на федеральную, региональные и муниципальные системы здравоохранения. А система финансирования здравоохранения в результате введения системы ОМС стала смешанной – бюджетно-страховой.

В зависимости от масштаба охвата указанных субъектов выделяются национальные и территориальные системы здравоохранения. Понятие национальной системы здравоохранения применяется для характеристики организации и финансирования в масштабах страны. В России в качестве территориальных систем выделяются региональные системы здравоохранения (уровень субъекта Федерации), городские и районные системы здравоохранения (уровень муниципального образования).

Организации здравоохранения, относящиеся к муниципальной собственности, образуют муниципальные системы здравоохранения.

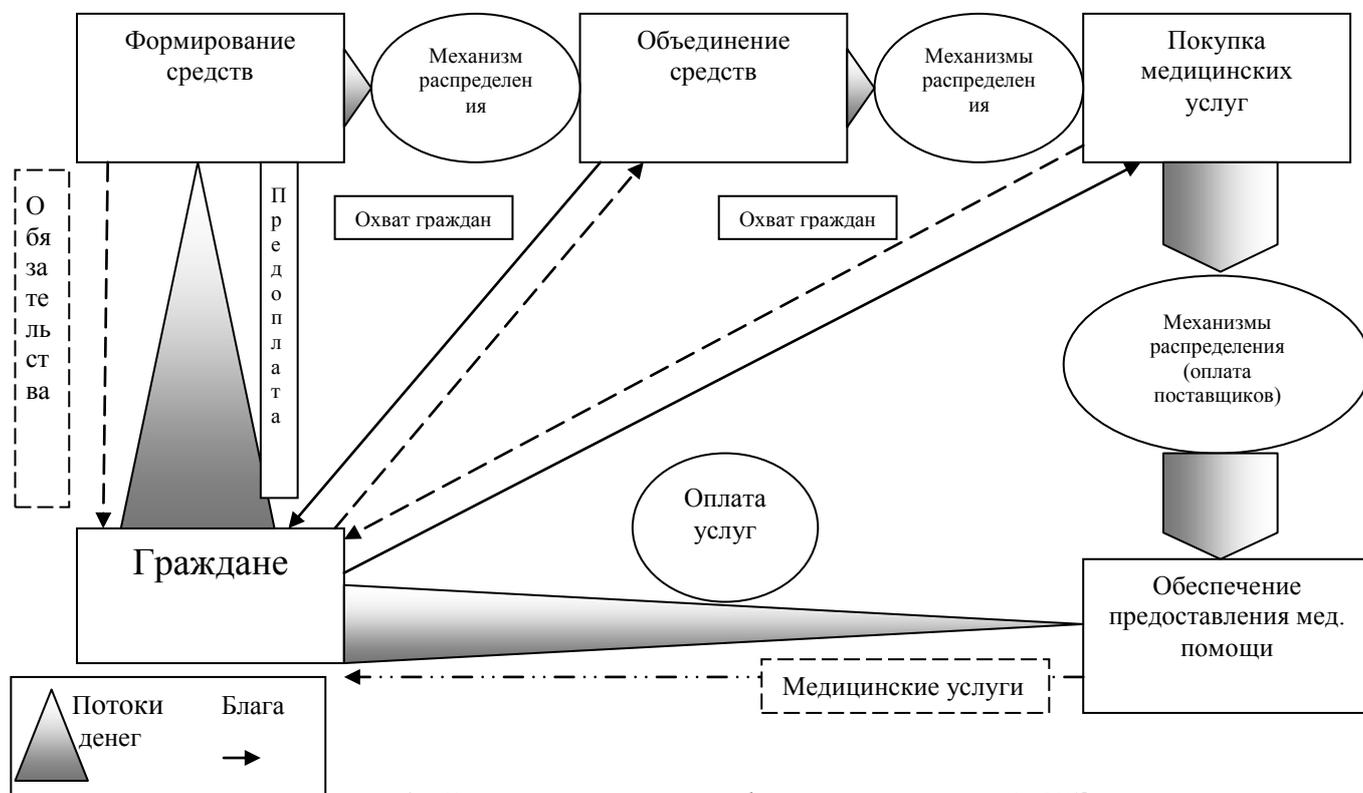


Рис. 1. Функции системы финансирования МУЗ

Система муниципального здравоохранения представляет собой совокупность элементов (институтов и процессов), тесно взаимодействующих между собой и обеспечивающих целостность оказания медицинской помощи населению муниципального образования.

В основе функционирования муниципального здравоохранения лежит система его финансирования. Система финансирования здравоохранения представляет собой совокупность форм и методов формирования, распределения и использования денежных средств в области здравоохранения. Система финансирования здравоохранения выполняет четыре основные функции: формирование финансовых средств; объединение финансовых средств; покупка медицинских услуг; обеспечение предоставления медицинской помощи.

Система бюджетного финансирования и система обязательного медицинского страхования являются альтернативными способами организации государственного финансирования здравоохранения. Система частного финансирования отражает идеальную модель рынка медицинских услуг и услуг добровольного медицинского страхования.

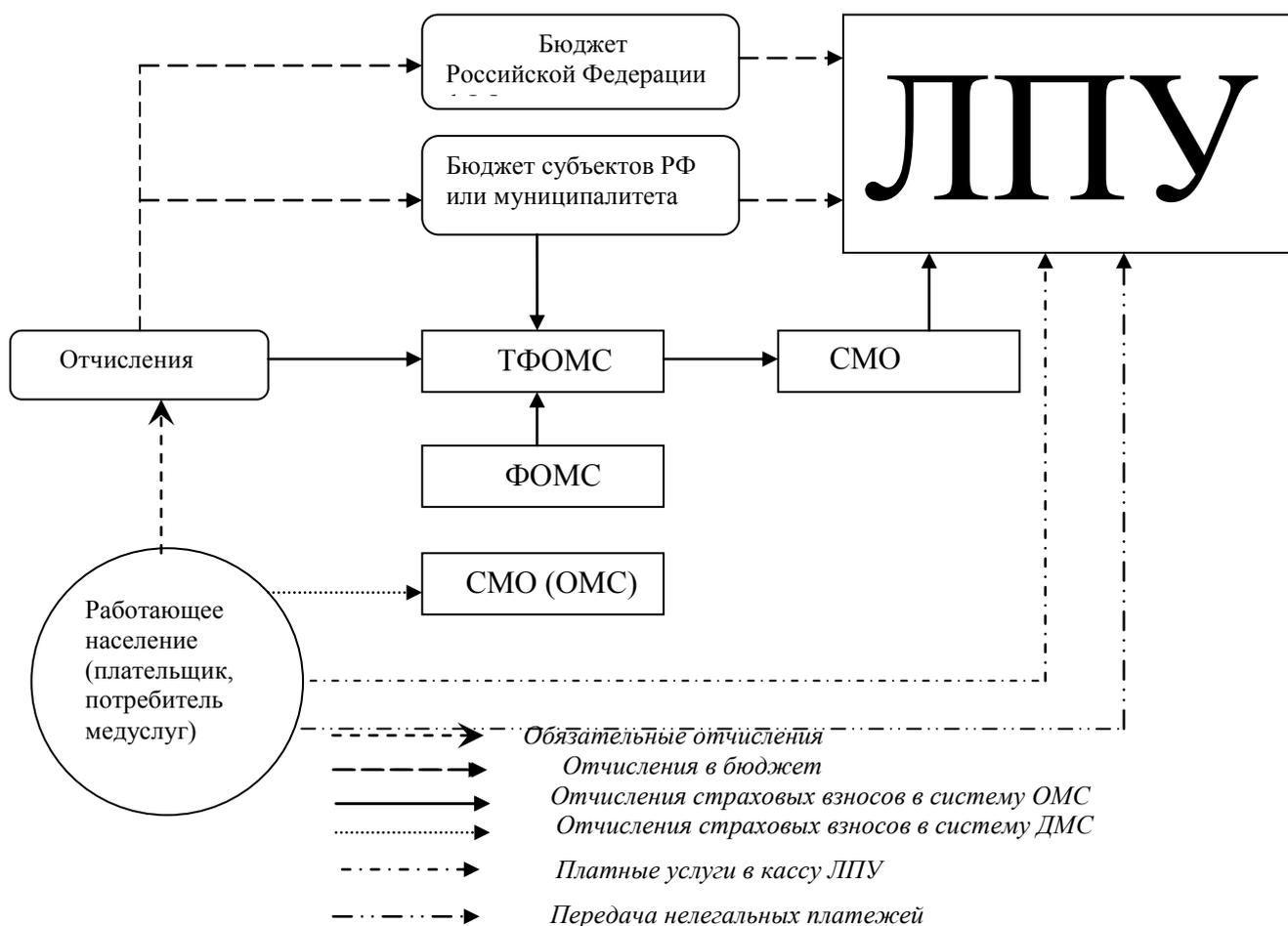


Рис. 2. Действующая модель функционирования ЛПУ

Таким образом, в основе функционирования ЛПУ лежат финансовые отношения, которые составляют базу рынка медицинских услуг. Этот рынок

представляет собой совокупность медицинских технологий, медицинской техники, методов организации медицинской деятельности, фармакологических средств, врачебной практики и профилактики.

Вторая глава «АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ СИСТЕМЫ МУНИЦИПАЛЬНОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ» посвящена анализу состояния здоровья населения Владимирской области; анализу сложившихся механизмов финансирования муниципального здравоохранения; рассматривается структура управления сферой здравоохранения; анализируются проблемы, сдерживающие развитие муниципального здравоохранения; проведена оценка Национального проекта «Здоровье», как одного из механизмов развития системы муниципального здравоохранения.

Современная демографическая ситуация во Владимирской области, состояние здоровья населения Владимирской области, как и в целом по России, характеризуется негативными тенденциями медико-демографических показателей. На фоне естественной убыли происходит старение населения с одновременным снижением средней продолжительности жизни, высокой разницей между средней продолжительностью жизни мужчин и женщин, рост социально опасных и социально значимых заболеваний.

К началу 2006 года численность постоянного населения Владимирской области составила 1472,6 тыс. человек. На 1.01.2008. – 1 млн. 450 тысяч человек. На протяжении последних 4 лет во Владимирской области отмечается снижение численности постоянного населения на 14,5 – 16,5 тысячи ежегодно. В последние годы в связи с резким падением рождаемости и ростом смертности увеличилось значение миграционного прироста: с 1990 года он является фактором, сдерживающим сокращение численности населения. Реализация национального проекта «Здоровье» позволила сохранить положительную тенденцию в динамике основных демографических показателей на территории Владимирской области. В прошлом 2009 г. отмечено устойчивое снижение уровня общей смертности до 18,6. В 2004-2005 годах этот показатель стабильно составлял 20,2-20,3. Материнская смертность снизилась до 20,3, младенческая – до 7,09, что значительно ниже среднероссийского показателя. Рождаемость выросла до максимального, за последние 15 лет, уровня – 10,2. И в нынешнем году тенденция к повышению рождаемости и снижению общей смертности также сохраняется. За последние два года средняя продолжительность жизни населения региона составила 65,5 лет. Задача – к 2015 году увеличить ее до 70 лет. Положительные сдвиги в демографии происходят во многом благодаря развитию муниципального здравоохранения.

– Следует отметить наиболее значимые специфические барьеры и проблемы развития муниципального здравоохранения.

– Слабая материально-техническая база лечебных учреждений. Оснащение ЛПУ оборудованием не соответствует федеральным стандартам оснащения, обеспечивающих соблюдение федеральных стандартов

медицинской помощи. Это приводит к лишению или не выдачи лицензии на оказание определённых видов специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи.

– Отсутствие единых тарифов, единой системы стандартов оказания медицинской помощи, которые бы соответствовали всем показателям Программы государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи.

– Несовершенство правовых и финансовых механизмов получения медицинской помощи граждан в медицинских учреждениях независимо от их ведомственной принадлежности, от места проживания пациентов, застрахованных в системе ОМС.

– Большое количество источников финансирования – это приводит к увеличению отчетной документации, к увеличению отчетной документации, к увеличению отчетности по различным источникам финансирования – увеличение количества проверок (ФОМС, ФСС, прокуратура, городское управление здравоохранения).

– Снижение бюджетного финансирования отрицательно сказывается на финансовом состоянии ЛПУ: плохое финансирование таких статей расхода, как: капитальный ремонт больницы, приобретение нового оборудования и предметов длительного пользования, накладные расходы, оплата коммунальных услуг и т.д. Из средств ОМС на эти статьи деньги не заложены, поэтому вместо того, чтобы прибыль, полученную от предпринимательской деятельности направить на развитие ЛПУ, покупку оборудования, приходится направлять на оплату коммунальных услуг, оплату связи и т.д. Много необоснованных штрафов со стороны страховых компаний. Иногда штрафы достигают 150-200 % от выставленного счета. Не своевременно поступают платежи за лечение больных по договорам. Задержки составляют от 3-х до 9-и месяцев.

– Отсутствие единых подходов в формировании, распределении и использовании финансовых средств на различных уровнях (региональный, муниципальный). Расходы на стационарную медицинскую помощь меньше финансирования амбулаторно-поликлинической и скорой медицинской помощи. Нет синхронности поступления и расходования средств ЛПУ.

– Недостаточное внедрение информационных систем в работе ЛПУ.

– Недостаточный уровень подготовки управленческих кадров здравоохранения, использования в практике управления медицинскими учреждениями финансового менеджмента и финансового планирования. Отсутствие финансово-хозяйственной самостоятельности ЛПУ.

– Низкий уровень оплаты труда: базовые оклады медицинских работников ниже прожиточного минимума, что является основной причиной текучки кадров и отсутствия притока молодых специалистов, а также незаинтересованности в качестве оказания медицинской помощи.

С 1 января 2006 г. стартовал проект «Здоровье». Основная задача проекта – улучшение ситуации в здравоохранении и создание условий для его

последующей модернизации. Основные направления проекта были нацелены на модернизацию определенных моментов системы медицинской помощи:

1. Развитие первичной медицинской помощи.
2. Усиление профилактической направленности здравоохранения.
3. Обеспечение населения высокотехнологичной медицинской помощью

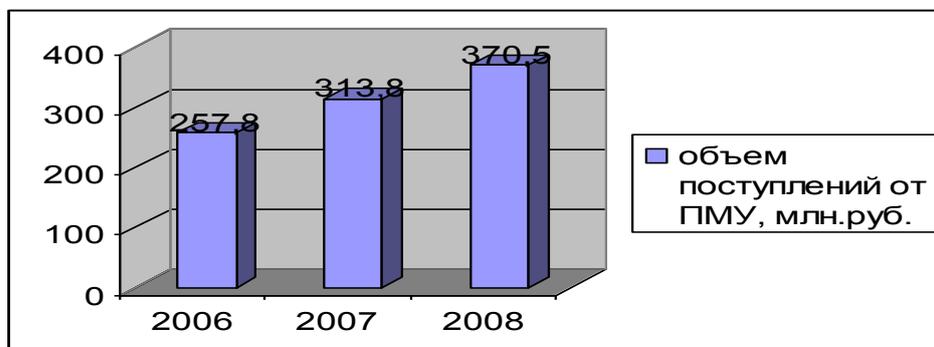


Рис. 3. Поступление от платных услуг

Таблица 1

Динамика развития муниципального здравоохранения в 2004-2008 гг.¹

Основные показатели	2004	2005	2006	2007	2008
Число больничных учреждений	20	20	20	20	20
Число больничных коек, всего	5705	5173	5404	5108	5016
Число больничных коек на 10000 человек	172,1	151,8	159,0	150,5	147,6
Число врачебных амбулаторно-поликлинических учреждений	44	50	65	71	58
Численность врачей, всего, человек	2023	2019	2231	2266	2216
Численность врачей на 10000 человек населения	61,0	59,3	65,7	66,7	65,2
Число жителей, приходящихся на одного врача	164	169	152	150	153
Численность среднего мед.персонала.	4996	4952	5290	4982	5048

Таблица 2

Общие расходы на здравоохранение в Российской Федерации в 2008г.

	Сумма, млрд. руб	В % к итогу	В % к ВВП
1. Государственное финансирование, в т.ч.	84,4	53,7	3,1
1. Федеральный бюджет	5,7	3,6	0,2
2. Территориальные бюджеты	58,7	37,4	2,2
3. Взносы работодателей на ОМС	20,0	12,7	0,7
2. Расходы населения на медицинские нужды	69,5	44,3	2,5
1. Расходы на медицинскую помощь	32,3	20,6	1,2
2. Расходы на приобретение лекарств	37,0	23,6	1,3
3. Расходы на добровольное мед. страхование	0,2	0,1	0,07
3. Расходы ведомств и предприятий на содержание ведомственных ЛПУ	3,2	2,0	0,1
ИТОГО:	157,1	100,0	5,7

¹ <http://www.dz.avо.ru>

Реализация национального проекта «Здоровье» предусматривало привлечение в сферу здравоохранения дополнительных финансовых средств из федерального бюджета, а также консолидированное участие всех уровней финансирования, включая региональные и муниципальные источники .

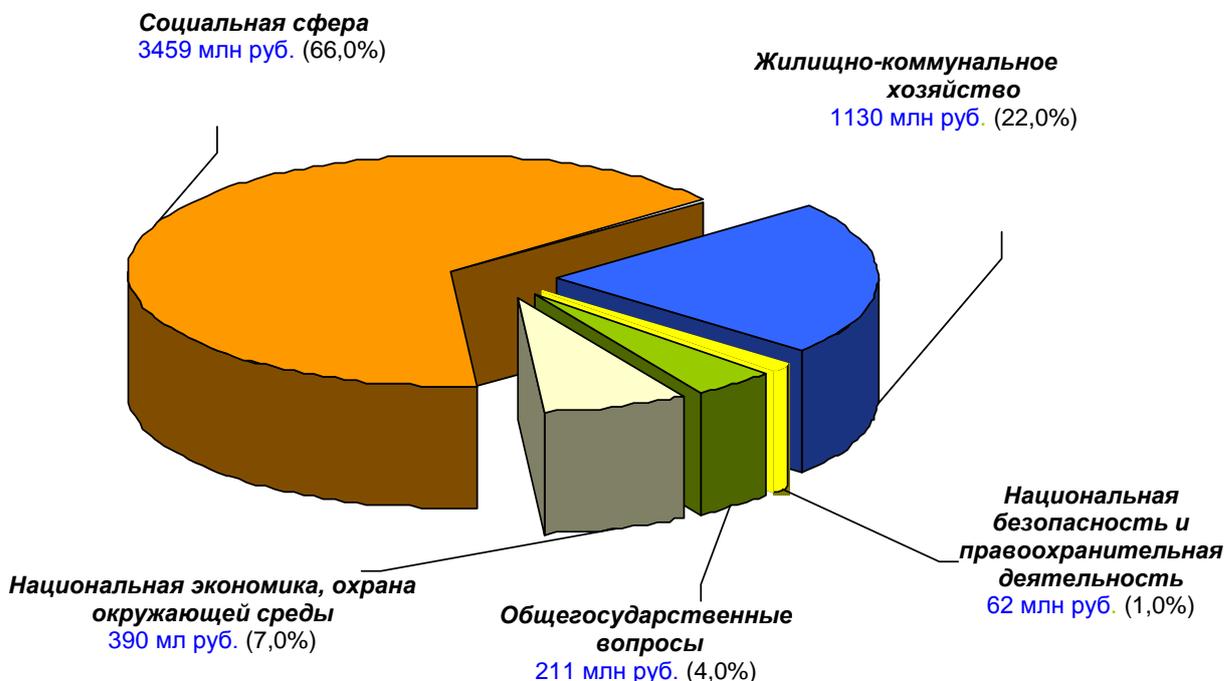


Рис. 4. Структура расходов бюджета за 2009 г. г. Владимира

Модернизация здравоохранения должна была позволить выработать механизм взаимодействия между уровнями власти в части управления отраслью здравоохранения; устранить неэффективное расходование средств путём перехода на преимущественное одноканальное финансирование ЛПУ через систему обязательного медицинского страхования; разработать направления модернизации ОМС; внедрить единые федеральные стандарты оказания медицинской помощи; реформировать систему оплаты труда медицинских работников; определить публичные обязательства государства в сфере здравоохранения и объёмы финансовых средств, необходимых для их полного обеспечения.

Владимирская область участвовала в Проекте в составе 19 субъектов РФ на условиях софинансирования.

Таблица 3

Сведения о величине норматива подушевого финансирования по ПТГ. .

Субъект РФ	ПТГ			ТП ОМС		
	Соглашени е	За период реализации	% исполнения	Соглашение	За период реализации	% исполнения
Владимирская область	3518,2	6681,13	189,90	2110,9	4608,32	218,31
Сред. значение по 19 субъектам	3858,37	5518,44	143,03	2214,04	3161,79	142,81

На здравоохранение страны выделяется примерно 7-8% федерального бюджета, основная часть бюджетных ассигнований на здравоохранение поступает из территориальных бюджетов. Сохраняется разрыв между конституционными гарантиями предоставления населению бесплатной медицинской помощи и размерами их государственного финансирования.

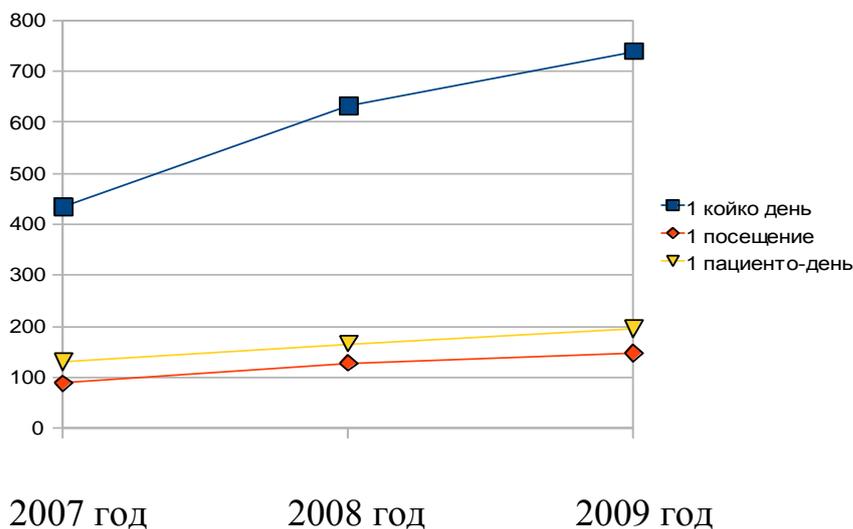


Рис. 5. Динамика нормативов финансовых затрат

Реализация на территории Владимирской области национального проекта «Здоровье» позволила освоить области значительные финансовые средства. В 2009 г. все муниципальные учреждения г. Владимира получили в рамках одноканального финансирования более 200 000 руб на содержание своих ЛПУ из областного и городского бюджетов. Общий объем средств, направленных на реализацию нацпроекта «Здоровье» во Владимирской области, составил более 3 миллиардов рублей из федерального бюджета и более 460 миллионов – из областного. Общая картина финансирования здравоохранения представлена в таблице 4.

Таблица 4

Финансирование здравоохранения из различных источников за 2007–2009 гг. (в расчете на душу населения, руб.)

Источники финансирования	2007 г.	2008 г.	2009 г.
	руб.	руб.	руб.
Федеральный бюджет	304,36	581,54	228,29
Областной бюджет	189,8	215,24	169,29
Городской бюджет	848,1	909,30	949,82
Средства ОМС	1767,74	3283,89	4246,39
Итого	3110	4990,0	5593,79

В третьей главе «МЕХАНИЗМЫ МОДЕРНИЗАЦИИ СИСТЕМЫ МУНИЦИПАЛЬНОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ» приводятся результаты прикладного анализа диссертационного исследования. Рассмотрены региональная и муниципальная социальная политика в структуре механизмов модернизации муниципального здравоохранения. Предложена модель функционирования ЛПУ в условиях модернизации муниципального здравоохранения, а также её работа. Рассмотрены основы финансового менеджмента ЛПУ. Проведён экономический анализ медицинской деятельности ЛПУ, определены механизмы модернизации муниципального здравоохранения; дана характеристика источников финансирования здравоохранения города; представлена апробация механизмов модернизации в системе муниципального здравоохранения.

10 октября 2003 года был опубликован Указ №16 губернатора Владимирской области «О КОНЦЕПЦИИ РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ВЛАДИМИРСКОЙ ОБЛАСТИ НА 2003 - 2005 ГГ. И НА ПЕРИОД ДО 2010 ГОДА», направленный на гарантированное обеспечение прав населения Владимирской области на охрану здоровья и медицинскую помощь, дальнейшее развитие системы здравоохранения во Владимирской области.

Концепция ориентирована на долгосрочный период, что обусловлено инертностью демографических процессов и долгосрочностью достижения ожидаемых результатов. Среди основных направлений демографической политики во Владимирской области приоритетными являются повышение жизненного уровня, увеличение рождаемости и снижение смертности населения.

Реализация Концепции демографической политики предполагает объединение и координацию действий органов государственной власти всех уровней, местного самоуправления, общественных объединений, предприятий и организаций; разработку региональных и муниципальных планов мероприятий (программ) по реализации Концепции, включающих сроки и этапы исполнения; разработку и выполнение областных целевых программ в области народонаселения, здравоохранения, занятости, социальной защиты населения, молодежной политики, включая программы, направленные на улучшение положения детей, женщин, семьи; концентрацию финансовых и материальных ресурсов на реализацию приоритетных положений Концепции с учетом использования средств бюджетов различных уровней и привлечение дополнительных внебюджетных поступлений; организацию информационно-просветительской деятельности по пропаганде демографической политики; проведение мониторинга демографической ситуации и демографического поведения населения.

Проблеме обеспечения качества медицинской помощи в России продолжает уделяться приоритетное государственное внимание.

Д.А. Медведев: «России необходима эффективная **модель здравоохранения**, которая гарантировала бы права пациентов и обеспечивала

равные возможности получения медицинской помощи во всех регионах ...»¹.
 Постоянное финансирование Переменное финансирование

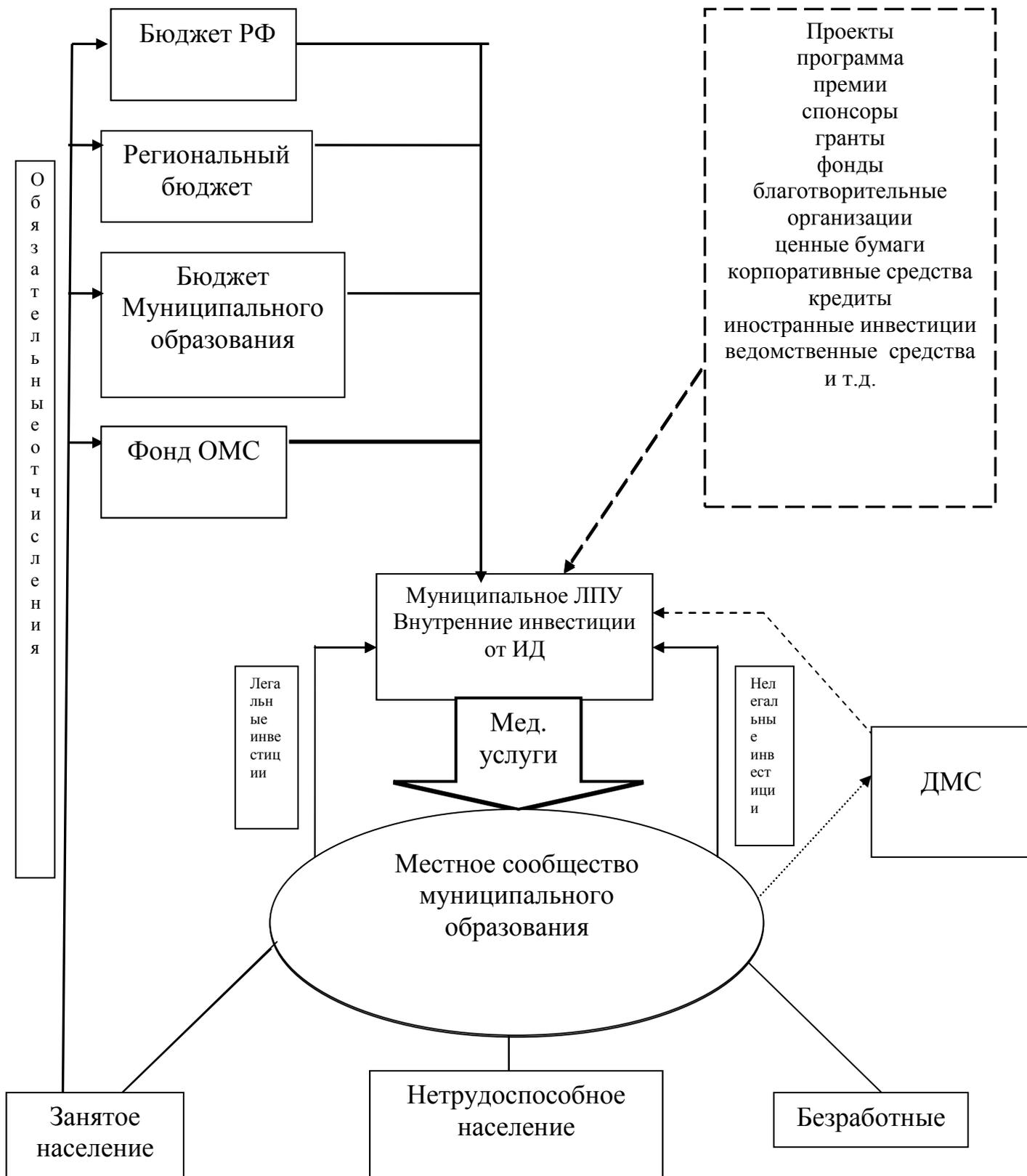


Рис. 6. Новая модель функционирования ЛПУ

¹ Медведев Д.А. Выступление на совещании в Кремле по вопросам здравоохранения и социального страхования 16.04.2008 г.

В. В. Путин: «Нас не могут устраивать сегодняшний уровень доступности и качество медицинской помощи. В этой связи нужно сформировать реально **работающую модель** медицинского страхования и обеспечить переход на современные механизмы финансирования, завершить разработку стандартов медицинской помощи ...»¹.

Модернизация муниципального здравоохранения – экономико-организационный процесс перевода системы здравоохранения на новый качественный уровень производства медицинских услуг путём рационализации и оптимизации механизмов финансирования лечебно-профилактических учреждений. Модернизация российской системы здравоохранения делает особо актуальной проблему внедрения новой модели функционирования муниципального ЛПУ. В диссертации предлагается вариант искомой модели функционирования ЛПУ – рисунок 6. На рисунке 7 предложена технология работы новой модели.

Государство, муниципальные органы власти должны создать все необходимые условия для притока инвестиций в развитие инфраструктуры, замены и модернизации оборудования, соблюдения федеральных стандартов медицинской помощи.

Основные механизмы модернизации муниципального здравоохранения.

1. Реализация единой государственной и муниципальной политики в области охраны здоровья граждан. Проведение государственной социальной политики, направленной на решение главной задачи – последовательное повышение уровня и качества жизни населения, обеспечение всеобщей доступности основных социальных услуг. Обеспечение всеобщей доступности в получении качественной бесплатной медицинской помощи, обеспечение населения эффективными лекарственными препаратами.

2. Создание единой системы стандартов оказания медицинской помощи, в соответствии с показателями Программ государственных гарантий.

3. Формирование здорового образа жизни населения. Организация мероприятий по профилактике заболеваний. Проведение всеобщей диспансеризации, проведение иммунизации населения.

4. Необходимо создать правовые и финансовые условия получения медицинской помощи в медицинских учреждениях независимо от их ведомственной принадлежности, от места проживания пациентов, застрахованных в системе ОМС.

5. Реорганизация системы обязательного медицинского страхования. Принятие нового Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании». Одной из наиболее актуальных задач обязательного медицинского страхования должно быть совершенствование тарифной политики. Оплата затрат медицинских учреждений в системе ОМС по «полному» тарифу, обеспечивающему возмещение всех расходов, включая расходы на коммунальные услуги и обновление оборудования. Введение

¹ Путин В.В. Выступление на заседании Государственной Думы 08.05.2008 г.

конкуренции в системе ОМС.

6. Обязательное привлечение в сферу здравоохранения дополнительных финансовых средств из федерального бюджета, а также консолидированное участие всех уровней финансирования, включая региональные и муниципальные источники.

7. Пересмотреть систему финансирования учреждений здравоохранения, поставив его объёмы в прямую зависимость от количества пролеченных больных и качества оказания медицинской помощи, осуществив тем самым переход от содержания ЛПУ к оплате выполненных объёмов медицинской помощи. Осуществить переход на оплату медицинской помощи по законченному случаю конкретного пациента. Увеличить финансовую самостоятельность ЛПУ. Внедрить прогрессивные методы планирования в финансово-экономическую деятельность ЛПУ.

8. Выполнение Федеральных и Областных целевых программ развития муниципального здравоохранения. Развитие предпринимательской деятельности учреждений муниципальной системы здравоохранения на основе бизнес-планирования (рис. 8).

9. Технологическое и кадровое оснащение ЛПУ. Реорганизация и модернизация лечебных учреждений, оснащение их всем необходимым оборудованием, постоянная поставка расходных материалов. Провести внедрение информационных систем в работу лечебных учреждений.

10. Организация и координация деятельности по подготовке и переподготовке медицинских кадров. Привлечение молодых специалистов, предоставление им необходимых льгот, обеспечение жильём. Ввести в учреждениях здравоохранения отраслевую систему оплаты труда, позволяющую руководителям в рамках действующего законодательства утверждать положения об оплате труда, базовые ставки, фонд стимулирования.

11. Дальнейшее совершенствование и повышение эффективности оказания скорой и неотложной медицинской помощи. Развитие и совершенствование амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи. Реформирование первичного звена с целью оптимизации оказания стационарной помощи, её качества и экономической эффективности. Развитие специализированной медицинской помощи в поликлиниках и реорганизация их в клиничко-диагностические центры. Внедрение современных медицинских технологий в лечении больных, способных дать положительный экономический эффект и сократить расходы на лечение пациентов. Восстановление оказания медицинской помощи сельскому населению области и страны в полном объеме.

Технология работы

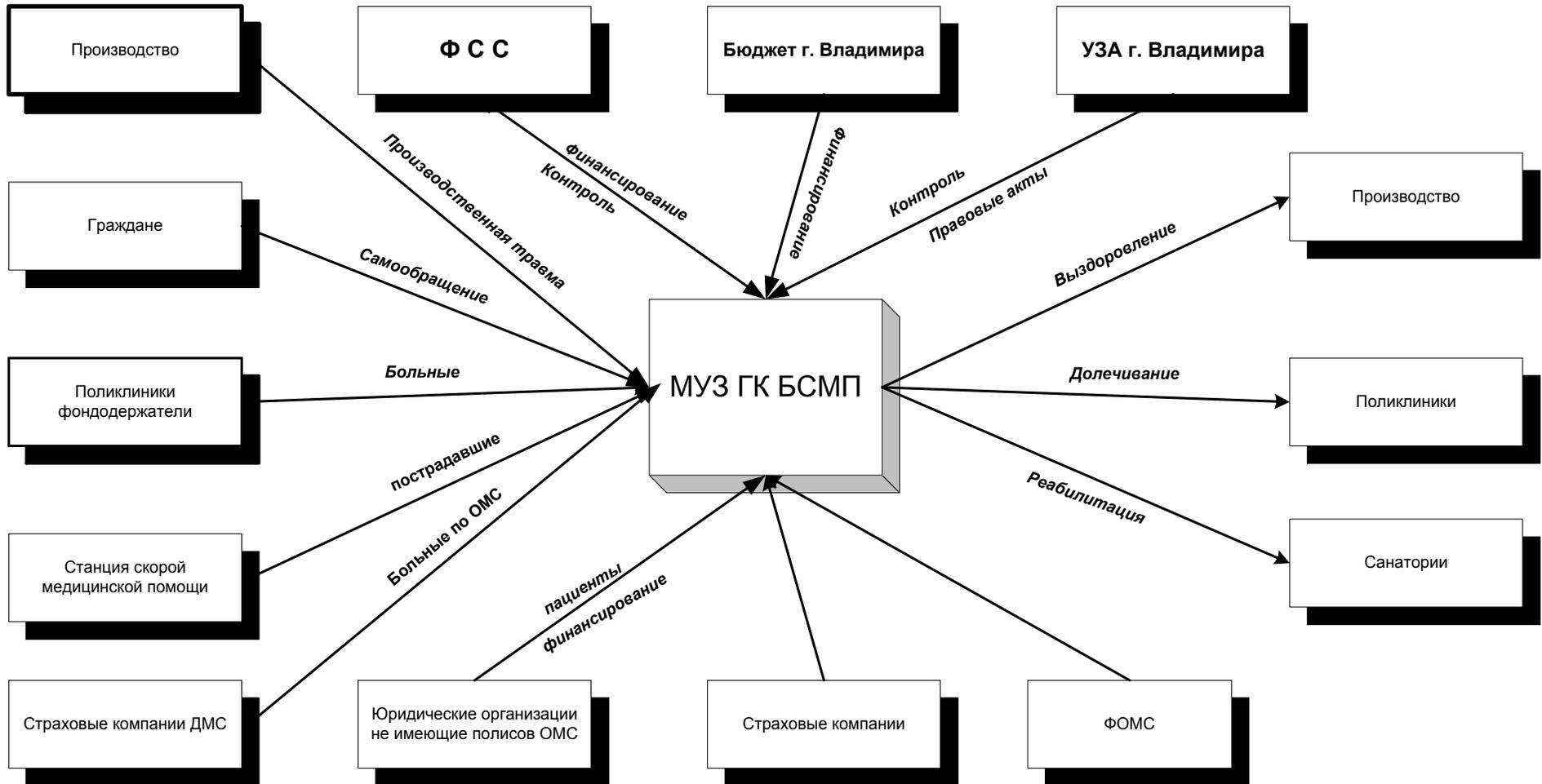


Рис. 7. Технология работы новой модели функционирования ЛПУ

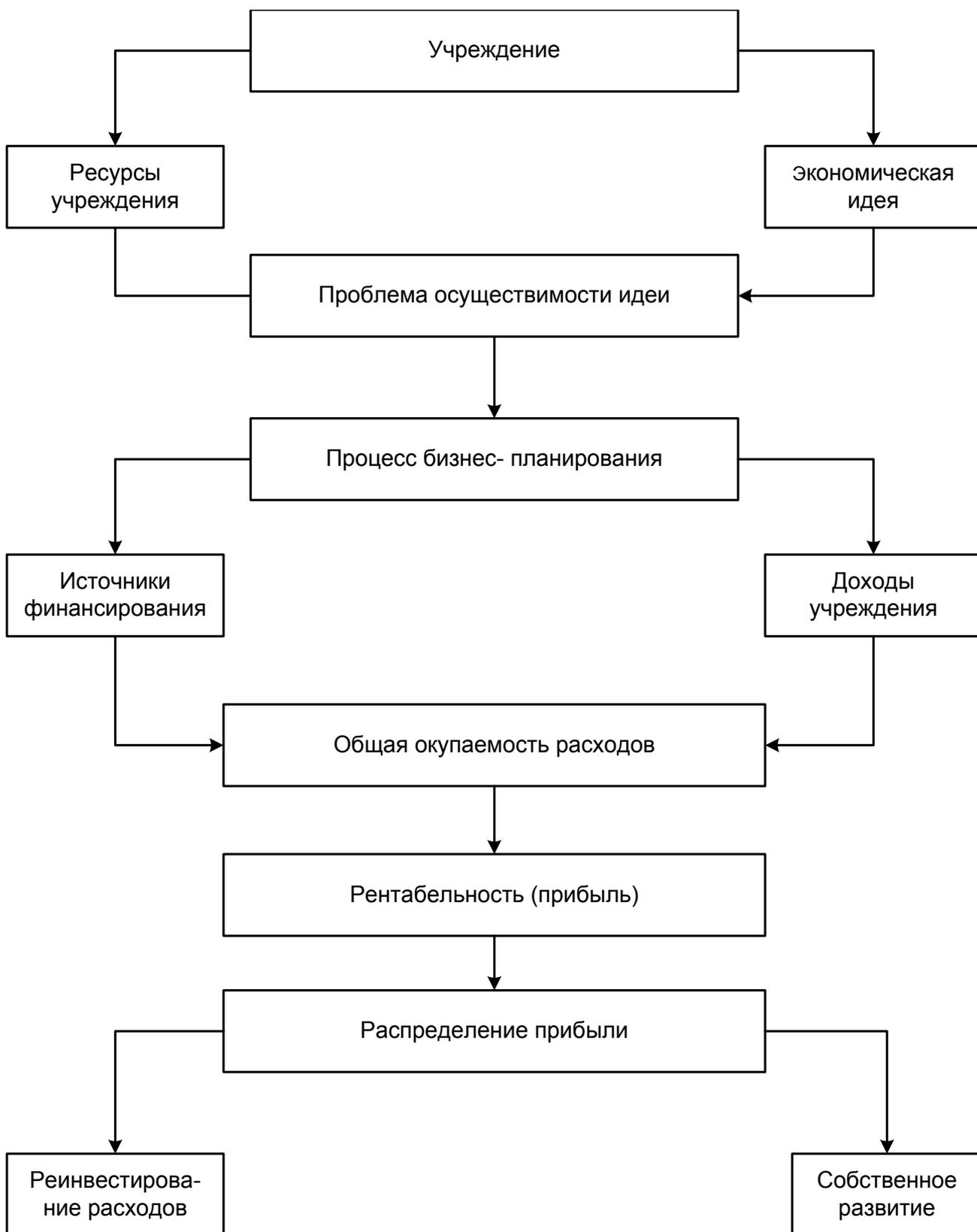


Рис. 8. Бизнес-планирование в муниципальном ЛПУ

12. Компетентное, высокопрофессиональное управление системой здравоохранения на всех уровнях. Высокий уровень подготовки

управленческих кадров здравоохранения. Решение вопросов социальной защиты работников здравоохранения, использование экономических стимулов в работе специалистов по повышению качества медицинской помощи.

В заключение следует отметить, что модернизация системы муниципального здравоохранения актуализирует задачу мобилизации всех резервов для наиболее эффективного использования имеющихся ресурсов здравоохранения. Необходимо изменение организационных, финансовых, нормативно-правовых отношений между субъектами здравоохранения, разработка новых управленческих технологий и конкретных мероприятий по совершенствованию системы здравоохранения. Важное условие успеха модернизации – вовлеченность в формирование институциональных основ управления не только центральных и региональных, но и муниципальных органов власти.

Публикации в изданиях, входящих в перечень научных журналов и изданий, рекомендованных ВАК РФ:

1. Штукерт А.Б. Экономика и Финансовые проблемы муниципального здравоохранения в условиях рынка [Текст]/А.Б. Штукерт, А.А. Штукерт// Научно-методический журнал: Экономика образования. №2. – Кострома, КГУ им. Н.А.Некрасова, 2010. – С. 135-140.
2. Штукерт А.Б. Финансирование Муниципального Здравоохранения [Текст] /А.Б. Штукерт, А.А. Штукерт// Научно-методический журнал: Экономика образования. №2. – Кострома, КГУ им. Н.А.Некрасова, 2010. – С. 152-158.

и других изданиях:

3. Штукерт А.Б. Организация работы ЛПУ [Текст] /А.Б. Штукерт// Материалы межвузовской научно-практической конференции. Организация здравоохранения и общественное здоровье. – Н.Новгород, Ниж.ГМА, 2007. – С. 176-198.
4. Штукерт А.Б. Рынок услуг здравоохранения. [Текст] /А.Б. Штукерт// Материалы межвузовской научно-практической конференции. Региональная экономика: проблемы и перспективы. – Владимир, Собор, 2009. – С. 121 - 133.
5. Штукерт А.Б. Финансирование здравоохранения. [Текст] /А.Б. Штукерт// Материалы межвузовской научно-практической конференции. Региональная экономика: проблемы и перспективы. – Владимир, Собор, 2009. – С. 133-142.
6. Штукерт А.Б. Медицинская услуга или медицинская помощь. [Текст] /А.Б. Штукерт// Материалы научно-практической конференции. Система подготовки управленческих кадров региона. – Владимир, ВФ РАГС, 2009. – С. 276-278.

7. Штукерт А.Б. Экономические особенности медицинских услуг. [Текст] /А.Б. Штукерт// Материалы научно-практической конференции. Система подготовки управленческих кадров региона. – Владимир, ВФ РАГС, 2009. – С. 278-280.
8. Штукерт А.Б. Оптимизация управления финансовыми потоками муниципального здравоохранения. [Текст] /А.Б. Штукерт, А.А. Штукерт// Материалы международной научно-практической конференции. Промышленное развитие России: Проблемы, Перспективы. (в трёх томах). – Н.Новгород, ВГИПУ, 2009. – С. 196-201. (второй том).
9. Штукерт А.Б. Предпринимательская деятельность ЛПУ. [Текст] /А.Б. Штукерт, А.А. Штукерт // Материалы международной научно-практической конференции. Промышленное развитие России: Проблемы, Перспективы. (в трёх томах). – Н.Новгород, ВГИПУ, 2009. – С. 201-206. (второй том).
10. Штукерт А.Б. Платные медицинские услуги. [Текст] /А.Б. Штукерт, А.А. Штукерт // Материалы научно-практической конференции. Стратегии развития: Реализации и корректировки.– Владимир, ВФ РАГС, 2009. – С. 319-321.
11. Штукерт А.Б. Добровольное медицинское страхование – разновидность предпринимательской деятельности медицинских учреждений и организаций. [Текст] /А.Б. Штукерт, А.А. Штукерт // Материалы научно-практической конференции. Стратегии развития: Реализации и корректировки.– Владимир, ВФ РАГС, 2009. – С. 321-329.
12. Штукерт А.Б. Реализация Национального проекта «Здоровье». [Текст] /А.Б. Штукерт, А.А. Штукерт // Материалы международной научно-практической конференции. Региональная экономика: теория, проблемы, практика. – Владимир, Собор, 2010. – С. 422-425.
13. Штукерт А.Б. Здравоохранение и современное законодательство. [Текст] /А.Б. Штукерт, А.А. Штукерт, А.В. Куликов // Материалы международной научно-практической конференции. Региональная экономика: теория, проблемы, практика. – Владимир, Собор, 2010. – С. 404-411.
14. Штукерт А.Б. Проблемные вопросы в области защиты интересов пациентов и интересов медицинских сотрудников. [Текст] /А.Б. Штукерт, А.А. Штукерт, А.В. Куликов // Материалы международной научно-практической конференции. – 2010. – С. 6.
15. Штукерт А.Б. Проблемы экономики муниципального здравоохранения. [Текст] /А.Б. Штукерт, А.А. Штукерт // Материалы международной научно-практической конференции. Региональная экономика: теория, проблемы, практика. – Владимир, Собор, 2010. – С. 417-421.
16. Штукерт А.Б. Итоги участия Владимирской области в пилотном проекте в сфере здравоохранения. [Текст] /А.Б. Штукерт, А.В.Куликов // Материалы научно-практической конференции. – Владимир, Собор, 2010.
17. Штукерт А.Б. Приоритетный национальный проект «Здоровье». [Текст] /А.Б. Штукерт, А.В. Куликов // Материалы научно-практической конференции. – Владимир, Собор, 2010.

