

На правах рукописи
УДК. 330.46:61(575.3)

ОДИНАЕВ ФУРКАТ ФАРХОДОВИЧ

**СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ЭКОНОМИЧЕСКИХ МЕТОДОВ
УПРАВЛЕНИЯ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ
(на примере Республики Таджикистан)**

Специальность 08.00.05- экономика и управление народным хозяйством
(экономика, организация и управление предприятиями, отраслями,
комплексными сферами услуг)

А В Т О Р Е Ф Е Р А Т
диссертации на соискание ученой степени
кандидата экономических наук

Душанбе – 2003

61(043,3)
0-421

Работа выполнена в Таджикском научно-исследовательском институте профилактической медицины Министерства здравоохранения Республики Таджикистан

Научный руководитель: доктор экономических наук, профессор
Нурмахмадов Мирмахмад
Нурмахмадович

Официальные оппоненты - доктор экономических наук, профессор
Кабутов Мусофир Кабутович
- кандидат экономических наук, доцент
Саидмуродов Лутфулло Хабибуллоевич

Ведущая организация:

Кафедра экономики труда и кадрового менеджмента
Таджикского Государственного национального университета

Защита состоится «29» декабря 2003 г. в 13⁰⁰ часов на заседании диссертационного совета К.737.013.01 по защите диссертаций на соискание ученой степени кандидата наук в Таджикском государственном университете коммерции по адресу: 734055, г. Душанбе, ул. Дехоти, 1/2.
E-mail: TGUK@mail.ru

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Таджикского государственного университета коммерции.

Автореферат разослан « ___ » _____ 2003 г.

Ученый секретарь диссертационного совета,
доктор экономических наук, профессор

Р.К. Раджабов

Общая характеристика работы

Актуальность и степень изученности проблемы исследования. В последние два десятилетия реформы системы здравоохранения стоят в центре внимания большинства стран. Степень важности этого вопроса в каждой стране различна и во многом определяется соотношением общего состояния здоровья населения страны, объемом потребляемых системой здравоохранения ресурсов и общим уровнем развития национальной экономики.

При этом в развивающихся странах особое место занимает соотношение предоставляемых государственных гарантий в области здравоохранения и выделяемых на эти цели общественных финансовых ресурсов. В Республике Таджикистан гарантии государства по предоставлению населению бесплатной медицинской помощи не изменялись со времен бывшего СССР и до сих пор охватывают практически все медицинские услуги. В то же время, объем финансирования за счет бюджетов всех уровней за период 1991 – 2002 годов резко сократился – с 5% до 1,1% валового внутреннего продукта.

Анализ существующего уровня развития рынка медицинских услуг показывает, что практически во всех странах мира наблюдается возрастание спроса на медицинские услуги. С одной стороны, это связано с изменениями численности и структуры населения, сдвигами в структуре заболеваемости и смертности. С другой стороны, это связано с изменениями технологий диагностики и лечения заболеваний. Зачастую внедрение новых медицинских технологий является экономически необоснованным, т.е. их применение не позволяет достичь больших положительных изменений в состоянии здоровья населения по отношению к возросшей за счет применения этих технологий стоимости оказания медицинских услуг. Естественным следствием неконтролируемого возрастания стоимости медицинских услуг становится необходимость рационализации механизма распределения медицинских услуг между различными группами населения, направленного на обеспечение доступа наиболее нуждающихся в медицинской помощи и наиболее экономически уязвимых групп населения. Таким механизмом выступает разработка и внедрение программ оказания бесплатной медицинской помощи, финансируемых преимущественно за счет государственных средств.

Чтобы гарантировать доступ к медицинским услугам тем, кто нуждается в них, и обеспечить посильную в финансовом отношении как для общества в целом, так и отдельных граждан систему здравоохранения, ресурсы должны распределяться на проведение наиболее эффективных с точки зрения стоимости медицинских вмешательств. Вне зависимости от того, является ли система здравоохранения преимущественно государственной или частной, либо смешанной для того, чтобы она была в финансовом плане стабильной, необходимы эффективное распределение ресурсов, финансовое управление и мониторинг результатов деятельности системы здравоохранения.

В условиях переходной экономики комплексные исследования проблемы совершенствования экономических методов управления в социальной сфере и, в частности, в здравоохранении предполагает её системный анализ и синтез. Вопросы управления и развития здравоохранения в условиях рыночной экономики исследованы в трудах И.М.Шеймана, В.В.Гришина, Р.М.Зельковича, Л.Е.Исаковой, Ю.М.Комарова, В.П.Корчагина, Н.А.Кравченко, В.З.Кучеренко, Т.Н.Макаровой, Н.Б., Н.Н.Лебедевой, В.Ю.Семенова, В.И.Стародубова, Г.И.Чеченина, В.И.Шевского, Г.Н.Царик и других.

Вместе с тем изученность многих вопросов исследуемой проблемы в русле требований и задач современной рыночной экономики остается еще далекой от своей законченности.

Целью данного исследования является теоретическое обоснование роли и места экономических методов управления в системе здравоохранения и разработка предложений по их практическому применению в целях повышения качества медицинских услуг в условиях перехода к рыночной экономике.

В соответствии с данной целью, в исследовании были поставлены и решены следующие задачи:

- теоретически обосновать и развить методологические и методические основы управления в здравоохранении, выявить его особенности в условиях реформирования национальной экономики;
- провести анализ уровня развития здравоохранения и специфику проявления рыночных отношений здесь и на этой основе определить сферы использования экономических инструментов при разработке стратегии развития здравоохранения;

- исследовать существующий в мировой опыт систем финансирования отрасли здравоохранения;
- обосновать приоритетные направления внедрения экономического управления в здравоохранении в условиях формирования рыночных отношений в Республике Таджикистан;
- разработать методические подходы к построению финансовых моделей управления здравоохранением;
- выполнить прогнозную оценку внедрения предлагаемой системы экономических методов и механизмов управления.

Теоретической и методологической базой диссертации явились достижения теории управления экономическим развитием, научные труды отечественных и зарубежных экономистов, Указы, труды и речи Президента Республики Таджикистан, Законы Республики Таджикистан, Постановления Маджлиси Милли, Маджлиси Намояндагон Маджлиси Оли и Правительства Республики Таджикистан, и другие нормативно-законодательные документы экономического содержания. В работе использовались материалы Министерства финансов Республики Таджикистан, Министерства здравоохранения Республики Таджикистан и Госкомстата Республики Таджикистан.

В процессе исследования были использованы методы исследования рядов динамики, расчета индексов экономических величин, сопоставления и сравнения показателей. Статистическая обработка материала проводилась с использованием компьютерной программы Stat Plus с учетом 96% доверительного числа.

Объектом исследования является система экономических методов управления здравоохранением Республики Таджикистан как составная часть национальной экономики.

Предметом исследования выступают экономические отношения, складывающиеся в процессе развития и совершенствования системы здравоохранения в условиях переходной экономики.

Научная новизна. Впервые в Республике Таджикистан, с учетом её специфики, исследованы и проанализированы теоретические и методологические проблемы функционирования и развития системы управления в здравоохранении в условиях перехода к рыночной экономике. Научная новизна выносимых на защиту положений заключается в следующем:

- обоснованы теоретические и методологические основы управления в сфере услуг и ее составного элемента – здравоохранении. Выявлены роль и значение здравоохранения в улучшении состояния здоровья населения и комплексного развития национальной экономики;
- проведена комплексная оценка современного уровня развития здравоохранения на основе системного анализа;
- определены основополагающие принципы и закономерности развития здравоохранения на базе использования экономических методов управления;
- разработаны методологические и методические подходы к построению финансовых моделей управления здравоохранением и выполнена прогнозная оценка параметров их внедрения;
- обоснованы и определены перспективные направления совершенствования здравоохранения;
- предложены возможные варианты системы финансирования отрасли посредством введения системы обязательного медицинского страхования.

Практическая значимость. Основные положения диссертации направлены на ликвидацию разрыва между экономикой здравоохранения как теоретической науки и практическим применением количественных методов измерения процессов, происходящих или планируемых в отрасли.

Проведенные в исследовании систематизация и обобщение применяемых экономических методов управления здравоохранением в различных странах позволило разработать комплексные методические рекомендации по проведению экономической оценки эффективности функционирования существующей в Таджикистане системы здравоохранения, а также проведению сопоставительных экономических оценок различных рассматриваемых стратегий реформирования отрасли.

Проведенная экономическая оценка возможных последствий реализации рассмотренных вариантов совершенствования бюджетной системы финансирования здравоохранения Таджикистана может послужить основой изменения механизмов как сбора средств, так и механизмов межрегионального распределения бюджетных средств на здравоохранение. Разработанная методика проведения расчетов межрегионального перераспределения бюджетных средств на здравоохранение, может быть использована при определении объемов средств республиканского бюджета, необходимых для регионального выравнивания бюджетных расходов на здравоохранение.

Апробация работы. Основные положения работы были доложены и одобрены на республиканской научно-практической конференции совместно с ведущими специалистами Министерства финансов (июнь 2003 г.), на коллегии Министерства здравоохранения (февраль 2002 г.), на совместной научно-теоретической конференции Министерства финансов Республики Таджикистан (май 2003 г.), на научно-практической конференции, посвященной 70-летию образования Таджикского НИИ профилактической медицины (август 2002 г.).

Публикации. Результаты диссертационного исследования нашли отражение в 6 печатных работах общим объемом свыше 6,7 печатных листов.

Структура и объем диссертации. Диссертационная работа состоит из введения, трех глав, заключения, списка литературы, включающего 139 источников.

Основные положения диссертации

В современных условиях степень важности реформирования системы здравоохранения неизмеримо возрастает и определяется, прежде всего, соотношением общего уровня состояния здоровья населения страны, объемом потребляемых системой здравоохранения ресурсов и уровнем развития национальной экономики.

Таджикистан с конца 80-х годов идет по пути демократических преобразований, направленных на формирование и развитие рыночных отношений во всех сторонах общественной жизни. Диссертант придерживается мнения, что система здравоохранения также должна функционировать и развиваться в режиме рыночного хозяйствования, а это означает использование всего спектра рыночных инструментов управления им. В контексте анализа теоретических и практических аспектов данной проблемы автором рассмотрен механизм построения финансовых моделей.

Финансовые модели призваны осуществить анализ альтернативных стратегий, проведение сопоставительной оценки различных мероприятий по здравоохранению, определить влияние реализации различных стратегий на изменение общего уровня расходов на здравоохранение, оценить эффекты финансового, фискального распределения и перераспределения доходов при разных уровнях вовлечения государства в систему предоставления и финансирования медицинской помощи. Однако, на наш взгляд, ни одна из моделей не может выбрать весь спектр вариантов стратегий управления. Лица, ответственные за принятие стратегических и практических решений,

должны использовать данные модели, главным образом, в качестве инструмента оценки результатов применения различных вариантов рассматриваемых стратегий.

Сложность осуществления оценки экономической эффективности в секторе здравоохранения связана со сложностью измерения получаемых эффектов от осуществления медицинских услуг и реализации программ в сфере здравоохранения. Результат или эффективность медицинских вмешательств может оцениваться с двух точек зрения – продолжение жизни и улучшение состояния здоровья населения. В соответствии с этим подходом следует выделить две основные проблемы определения результатов оказания медицинских услуг: (а) улучшение здоровья должно измеряться по отношению к случаю, если бы вмешательства не проводились. Это может означать, что результатом вмешательства может быть снижение или предотвращение ухудшения состояния здоровья, нежели чем его улучшение; (б) улучшение здоровья представляет собой очень сложный процесс. Некоторые вмешательства в этот процесс имеют широкий спектр результатов: от качественного улучшения до нанесения вреда или ущерба пациенту. Прежде чем судить о лучших или худших вмешательствах, необходимо использовать средства измерения ожидаемых результатов.

До сих пор методы разрешения вопроса о возможности объединения этих двух направлений еще не разработаны. Одним из известных показателей измерения результатов отдельных видов медицинских вмешательств, рекомендуемых Всемирной Организацией Здравоохранения (ВОЗ) является показатель числа лет жизни, учитывающий качество жизни (обозначается с помощью английской аббревиатуры QALY). Этот показатель позволяет определять число лет, взвешенное с учетом качества жизни. В связи со сложностью и субъективностью измерения качества жизни, как фактора для определения результатов лечения, в теории и практике используется показатель отсутствия временной нетрудоспособности как приблизительного показателя, измеряющего качество жизни. Подобный показатель получил название числа лет с поправкой на нетрудоспособность (обозначается либо английской аббревиатурой DALY, либо русской - ДАЛИ). В связи со сложностью, трудоемкостью и субъективностью проведения оценки результатов медицинских вмешательств и программ применение показателя экономической эффективности функционирования здравоохранения в настоящее время достаточно ограничено. В целях более достоверной оценки сложившейся ситуации в данной сфере, диссертантом

проанализированы показатели развития здравоохранения за последнее десятилетие.

При проведении анализа функционирования системы здравоохранения, по нашему мнению, должны использоваться как качественные, так и количественные методы анализа.

Для проведения качественного анализа предлагается использовать метод SWOT-анализа. Этот метод получил свое название от первых букв английского слов (S- strengs – сильные стороны, W – weaknesses – слабые стороны, O – opportunities – возможности, T – threats – потенциальные препятствия или угрозы). SWOT-анализ направлен на определение сильных и слабых сторон системы или организации, ее возможностей и потенциальных препятствий при достижении поставленных целей.

Преимущества данного метода заключаются в том, что он позволяет в наглядной форме обобщить все стратегически важные внутренние и внешние факторы, воздействующих на систему и происходящих в ней процессов.

Для проведения количественного анализа автором предлагается использовать следующие методы эмпирической оценки экономической эффективности: анализ эффективности затрат, анализ полезности затрат, анализ затрат и выгод. Различия в этих методах заключаются в показателях измерения эффекта или результата программ или вмешательств.

Анализ эффективности затрат предусматривает сравнение затрат с результатами, выраженными в натуральных показателях. Этот метод используется для сравнения различных вариантов программ, предусматривающих получение результата, измеряемого одинаковыми показателями.

Следующие два метода предусматривают сравнение затрат с результатами, выраженных в различных единицах. При использовании метода полезности затрат результат измеряется показателем количества лет, учитывающих качество жизни, или количества лет с поправкой на нетрудоспособность; при использовании метода затрат и выгод результат измеряется в денежном выражении, определяемом на основе критерия готовности платить за реализацию тех или иных программ или услуг. Оба метода могут быть использованы для сравнения различного рода программ в сфере здравоохранения, например, при решении вопроса о приоритетности выделения ограниченных средств на ту или иную программу.

Одной из основных проблем системы здравоохранения Таджикистана является дисбаланс между гарантиями государства в области предоставления бесплатной медицинской помощи и бюджетными средствами, выделяемыми на финансирование этих гарантий. Баланс между объемами государственных гарантий и финансовыми средствами, выделяемыми на их покрытие, может быть достигнут: (а) посредством сокращения государственных гарантий, (б) увеличения объемов финансовых средств, (в) путем повышения эффективности использования имеющихся реальных ресурсов здравоохранения.

Сокращение объемов государственных гарантий может производиться путем их отмены для отдельных групп населения, имеющих высокий уровень доходов, отмены отдельных видов медицинской помощи из программы бесплатной медицинской помощи, например, стоматологической помощи, исключения бесплатной стационарной помощи для групп населения с высокими уровнями доходов, сокращения объемов оказываемой помощи, т.е. увеличения сроков ожидания оказания отдельных видов медицинских вмешательств.

Увеличение объемов финансовых средств, выделяемых на выполнение программы бесплатной медицинской помощи может быть достигнуто путем введения финансового соучастия граждан и увеличение бюджетных средств, выделяемых на здравоохранение.

В условиях Таджикистана, где наблюдается избыточность реальных ресурсов, используемых в здравоохранении, медицинская помощь организована нерационально (большой удельный вес приходится на дорогостоящее стационарное лечение), основными направлениями повышения эффективности функционирования системы здравоохранения, по мнению автора, является переориентация медицинской помощи и внедрение организационных и экономических механизмов, создающих стимулы для проведения подобной переориентации.

Важным направлением изменения механизмов сбора средств для финансирования системы здравоохранения диссертант считает введение финансового соучастия граждан. На этапе получения медицинской помощи соплатежи населения могут выступать в форме:

- фиксированных ставок (за один койко-день или за госпитализацию, за посещение врача, за выписанный рецепт и т.д.);
- процентного платежа (определенный процент от стоимости услуг или гонорара);

- оплата услуг по тарифам, устанавливаемым Правительством и рассчитанным как превышение реальной стоимости услуги над стоимостью услуги, оплачиваемой государством.

Одним из основных инструментов, способствующих обеспечению равного доступа населения к медицинским услугам вне зависимости от состояния здоровья, уровня доходов и места проживания, является уровень подушевого финансирования. Основная цель использования подушевого принципа при распределении финансовых ресурсов между регионами заключается в обеспечении равенства при оказании медицинской помощи. При этом подушевой механизм рассматривается не только как математическая формула, но, прежде всего, как важный политический инструмент, способствующий нахождению баланса между равенством и доступом в системе здравоохранения, с одной стороны, и между выбором и качеством медицинской помощи - с другой.

Механизм регионального выравнивания средств на здравоохранение в условиях действующей в Таджикистане системы бюджетного устройства, на наш взгляд, должен включать определение не только потребностей регионов, основанных на подушевой формуле, но и их возможностей покрыть расходы на оказание этой помощи. Следовательно, механизм выравнивания должен быть дополнен механизмом распределения республиканских трансфертов, учитывающим уровень социально-экономического развития регионов.

Для регионального распределения средств на здравоохранение автором предлагается использовать следующий механизм его поэтапного осуществления:

1. Определяется национальный уровень совокупных общественных расходов на здравоохранение в виде процента от ВВП (P_n);
2. Определяются расходы на государственную систему здравоохранения на республиканском уровне в виде процента от ВВП (P_{res});
3. Определяется сумма расходов местных бюджетов как процент от ВВП, равная разнице между национальным уровнем совокупных общественных расходов и расходами местных бюджетов $P_p = (P_n - P_{res})$;
4. Распространяется полученный таким образом процент ВВП для всех регионов с учетом предположения, что каждый регион должен расходовать средства на здравоохранение в соответствии с этим процентом, т.е. одинаково с точки зрения уровня экономического развития региона. Рассчитывается национальный норматив финансирования здравоохранения

на условную единицу населения. Норматив финансирования на условную единицу населения может быть рассчитан как частное от деления суммы расходов местных бюджетов на число населения, исчисленное в условных единицах. Условная единица населения (Нс) должна учитывать как минимум половозрастную структуру населения, коэффициенты потребления медицинской помощи по каждой половозрастной группе и состояние здоровья населения. Для измерения состояния здоровья населения предлагается использовать показатели смертности;

5. Рассчитывается для каждого региона необходимый объем финансирования. Объем финансирования региональной системы здравоохранения может быть рассчитан как произведение норматива финансирования здравоохранения на условную единицу населения на число населения региона, выраженное в условных единицах населения.

$Офр = Нр \times НФ$;

6. Определяется избыток или недостаток средств каждого региона республики. Избыток или недостаток средств рассчитывается как разница между рассчитанной суммой средств по одинаковому для всех регионов проценту ВВП и полученной суммой средств, рассчитанной с использованием условных единиц населения.

В целях создания механизмов, способствующих внедрению подушевого принципа, необходимо подготовить нормативные акты, регламентирующие процессы утверждения и пересмотра подушевых нормативов и, в частности, вопросы координации деятельности Министерства здравоохранения и Министерства финансов.

Четкое определение цели при выборе новых методов оплаты медицинской помощи является основой правильного выбора и успешного их внедрения. Система оплаты медицинской помощи, по нашему мнению, должна быть направлена на обеспечение:

- соответствия между имеющимися ресурсами и обязательствами системы предоставления профилактической и медицинской помощи (по объемам, структуре и затратам);
- создания стимулов для реструктуризации системы предоставления медицинской помощи и обеспечения эффективного использования ресурсов;
- сохранения и развития организационной и клинико-технологической преемственности между производителями медицинских услуг.

Для создания стимулов, мотивирующих поведение производителей медицинских услуг в описанных выше направлениях, используются, в основном, следующие методы оплаты: подушевая оплата, в том числе с фондодержанием и без фондодержания, оплата за законченный случай амбулаторного обслуживания, оплата бонусов (оплата определенных видов помощи, например, проведение высокоэффективных профилактических мероприятий, за постоянное диспансерное наблюдение декретированных контингентов, своевременную вакцинацию и др.), гонорарная система оплаты (или оплата за услугу), для стационарных учреждений: глобальный бюджет, оплата за пролеченного больного, оплата за каждый день лечения, оплата бонусов (оплата определенных видов медицинской помощи).

Изучение показало, что в странах, где здравоохранение финансируется из государственного бюджета, наблюдается относительно низкая эффективность функционирования сектора. В этих условиях, на наш взгляд, введение схемы обязательного медицинского страхования здоровья может изменить эту ситуацию и обеспечить:

- защиту средств на здравоохранение от процесса перераспределения внутри бюджета, обеспечить независимый «маркированный» источник поступлений средств на здравоохранение,
- большую четкость, прозрачность и наглядность расходования общественных средств, которые могут привести к большей отдаче расходованных средств;
- введение контрактов на предоставление медицинских услуг, а также большую экономическую и хозяйственную самостоятельность медицинских учреждений в деле контроля за целесообразностью расходования средств.

Основными причинами, определяющими целесообразность введения системы обязательного медицинского страхования (ОМС), на наш взгляд, являются:

- система ОМС может явиться стабильным источником средств финансирования здравоохранения;
- приток ресурсов в сектор здравоохранения становится видимым;
- система ОМС может помочь в установлении прав пациентов;
- система направлена на объединение рисков и взаимную поддержку; предоставляя услуги сообразно потребностям в них и распределяя финансовое бремя в соответствии с возможностями платить;

- система может участвовать в процессе реализации целей правительственной политики в сфере здравоохранения, но может сохранять определенную степень независимости от правительства;
- она может содействовать более эффективному оказанию медицинской помощи.

В то же время, как показало изучение некоторого опыта, основными недостатками системы ОМС являются:

- относительно высокий уровень административных расходов;
- наличие определенных сложностей с включением в систему ОМС неработающего населения, работников неформального сектора «теневиков».

Для оценки целесообразности введения обязательного медицинского страхования, по нашему мнению, необходимо дать ответы на несколько вопросов:

1. Следует ли придавать более высокую степень приоритетности расходам на здравоохранение, чем они имеют в настоящее время? Если да, то может ли страна позволить себе увеличить расходы на здравоохранение?
2. Что сдерживает развитие здравоохранения: недостаток механизмов направления ресурсов на здравоохранение или недостаточная доступность медицинской помощи?
3. Является ли экономический рост в стране достаточным для значительного развития здравоохранения?
4. Приведет ли обязательное медицинское страхование к более эффективному использованию имеющихся ресурсов?

Следует отметить, что не существует какого-либо общего правила в отношении доли населения, которая должна быть охвачена системой ОМС, хотя защита каждого члена общества от финансового бремени оплаты медицинской помощи в случае заболевания может рассматриваться как выражение социальной защиты и солидарности. Наилучшим решением может выступить охват всего населения. Тем не менее, имеются и аргументы против этого.

Так, подавляющее большинство стран, имеющих ОМС, начинали с охвата страхованием определенных групп населения (прежде всего лиц наемного труда). Во многих странах с развитыми системами социального страхования определенные группы населения остаются неохваченными ими. Например, в Германии, лица, занятые самостоятельной деятельностью, военнослужащие и представители церкви не охвачены системой ОМС. В

Нидерландах лица, чьи доходы превышают определенный лимит, также исключены из этой системы. В самом общем виде можно выделить несколько целевых групп населения и оценить сложность связанных с их включением в ОМС проблем (см. табл. 1).

Предложенный механизм сбора дополнительных средств на здравоохранение, посредством представления системы «маркированного» налога, позволил бы в анализируемом периоде дополнительно выделить из государственного бюджета 21% от фактически произведенных бюджетных расходов на здравоохранение, на 1.4% или на 0,2%, если расходы на здравоохранение исчислят в процентах от ВВП (см. табл. 2).

Таблица 1

Возможные группы охвата системой ОМС

Группа		Технические и административные проблемы
Лица наёмного труда	Промышленные рабочие	Никаких особых проблем
	Служащие	Проблемы охвата групп лиц с высокими уровнями доходов
	Сельскохозяйственные рабочие	Регистрация, оценка доходов, уплата взносов
	Гастарбайтеры	Проблема их учета, миграции, оплаты труда в других странах
	Шахтеры	Никаких особых проблем, но работа связана с высоким уровнем риска
	Лица со случайными заработками	Регистрация, оценка доходов, уплата взносов
Лица, занятые самостоятельной деятельностью	Фермеры	Регистрация, оценка доходов, уплата взносов
	Владельцы малого бизнеса	Регистрация, оценка доходов, уплата взносов
	Прочие независимые работники	Регистрация, оценка доходов, уплата взносов
Особые группы	Военнослужащие	Никаких особых проблем нет
Неработающее население	Пенсионеры	Возможность оплаты
	Безработные	Регистрация, возможность оплаты
	Инвалиды	Возможность оплаты
	Лица, живущие на социальные пособия	Возможность оплаты
	Школьники и студенты	Возможность оплаты

Таблица 2

**Финансовые последствия введения маркированного налога
для финансирования здравоохранения по Республике Таджикистан**

Показатели	2000 г.
Фактические расходы на здравоохранение (млн. сомони)	16,9
Расходы на здравоохранение от бюджетных расходов, %	6,45
Расходы на здравоохранение от ВВП, %	0,94
Акцизы на табачные и ликероводочные изделия (млн. сомони) *	3,5
Возможный объем финансирования в здравоохранении при условии введения дополнительного маркированного налога (млн. сомони)	20,4
Возможный объем финансирования в здравоохранении при условии введения дополнительного маркированного налога от бюджетных расходов, %	7,8
Возможный объем финансирования в здравоохранении при условии введения дополнительного маркированного налога к ВВП, %	1,13

Примечание: * В связи с тем, что в официальных статистических сборниках источники формирования государственного бюджета отражаются в агрегированном виде и поступления от акцизов на табачные и ликероводочные изделия отдельно не публикуются, здесь используются официальные материалы Министерства финансов Республики Таджикистан.

Для проведения имитационных расчетов, позволяющих оценить возможные величины платежей по предлагаемой программе исключения средне- и высокодоходной групп населения из программы бесплатной стационарной помощи при различных сценариях потребности в финансировании (т.е. получения дополнительных средств на здравоохранение) для условий 2000 г., использовались следующие гипотезы и предположения:

- 1) Желаемый уровень расходов, который должен быть достигнут при введении платежей, определялся по двум сценариям: по наиболее вероятному, при котором уровень финансирования отрасли принимался равным уровню 1997 года (максимальный уровень за последние 5 лет прошедшего десятилетия – 1,6% ВВП); по оптимистическому сценарию, при котором уровень финансирования должен был бы достигать уровня 5% ВВП (уровень финансирования здравоохранения Таджикистана начала 1990-х годов);

- 2) Уровень расходов стационарного звена оставался неизменным и равным фактически сложившемуся в 2000 г. уровню (71% от общих расходов на здравоохранение);
- 3) Удельный вес населения, находящегося за пределами черты бедности (среднедушевой доход является ниже установленного прожиточного минимума) принимался равным 80% населения (по данным Всемирного банка);
- 4) Беднейшая группа населения будет потреблять 65-70% стационарных медицинских услуг.

В связи с отсутствием точных данных по потреблению медицинских услуг различными группами населения, определяемыми по уровню среднедушевого дохода, применяемые в расчетах допущения основаны на экспертных оценках.

В диссертации приведена методика последовательного осуществления расчетов.

Имитационные расчеты последствий введения соплатежей по предлагаемой программе в условиях 2000 г. приведены в таблице 3.

Реализация в 2000 г. предлагаемого варианта введения соплатежей позволила бы дополнительно получить на финансирование здравоохранения 8,5 млн. сомони (по наиболее вероятному сценарию) или 47,24 млн. сомони (по оптимистическому сценарию). При этом каждый человек из средне- и высокодоходной групп населения был бы вынужден оплачивать по 0,41 сомони за каждый день пребывания в стационаре (при наиболее вероятном сценарии) или 2,29 сомони (при оптимистическом сценарии).

Таблица 3

Предполагаемые показатели потребления стационарной помощи населением в Республике Таджикистан

Численность населения (тыс. чел.)	6250
Доля населения со средним и высоким уровнем дохода (ед.)	0,2
Численность населения со средним и высоким уровнем дохода (тыс. чел.)	1250
Фактическое число койко-дней	68750000
Доля объема стационарной помощи, которая приходится на людей со средним и высоким уровнем дохода (ед.)	0,3
Число койко-дней, которое приходится на долю группы со средним и высоким уровнем дохода	20625000
Фактические расходы на здравоохранение (млн. сомони)	16,9
Фактические расходы на здравоохранение (млн. сомони)	16,9

Сценарии	Наиболее вероятный	Оптимистический
Предполагаемый уровень расходов на здравоохранение (млн. сомони)	28,91	90,34
Предполагаемые расходы на стационарную помощь (млн. сомони)	20,52	64,14
Сумма средств, которая должна быть поступить в виде соплатежей граждан (млн. сомони)	8,5	47,24
Стоимость одного койко-дня для пациентов со средним и высоким уровнем дохода (сомони)	0,41	2,29

Анализ показал, что фактические расходы на здравоохранение в части регионов республики превышали расходы, рассчитанные, исходя из подушевой потребности в финансировании, в других регионах являлись ниже, чем им полагалось бы при перераспределении средств на основе подушевого принципа финансирования. Так, если бы подушевой принцип использовался в 2000 г. для регионального распределения средств, то г. Душанбе, Горно-Бадахшанская автономная область (ГБАО) и Согдийская область должны были бы получить меньше, чем фактически расходовали на финансирование своих систем здравоохранения, а Хатлонская область и районы и города республиканского подчинения (РГРП) – больше, чем было фактически профинансировано. При этом ГБАО должна бы была расходовать на 49% меньше, чем фактически израсходовала, г. Душанбе – на 35% меньше и Согдийская область – на 12% меньше. В противоположность этому, Хатлонская область – на 26% и РГРП – на 46% больше, чем фактически было профинансировано.

Имитационные расчеты межрегионального распределения средств, основанные на применении подушевого принципа, приведены в таблице 4. Если бы в 2000 г. использовался предлагаемый автором механизм регионального распределения средств на здравоохранение, то из республиканского бюджета в виде трансфертов регионам, предназначенным на финансирование здравоохранения, для достижения всеми регионами среднереспубликанского уровня подушевого финансирования, необходимо было бы выделить дополнительно 4,32 млн. сомони.

Таблица 4

Межрегиональное распределение средств с применением
подушевого принципа

Регионы	Фактические расходы на здравоохранение (млн. сомони)	Население (тыс. чел.)	Население в условных единицах	Распределение по подушевой формуле	Отклонение факт. расходов от расходов, распределяемых по подушевой формуле (+ избыток, - недостаток)
Душанбе	1,93	575,9	11605,8	1,25	0,68
ГБАО	0,97	208,5	4532,8	0,49	0,48
Хатлонская область	3,25	1900,4	37980,0	4,10	-0,85
Согдийская область	5,40	2196,6	44266,8	4,77	0,63
РГРП	2,06	1368,6	27768,9	3,00	-0,94
Всего:	13,61	6250	126154,3	13,61	0

Примечание: Коэффициент для расчета населения в условных единицах рассчитывался для каждого региона как произведение показателей половозрастной структуры населения, дифференцированных показателей потребления медицинской помощи и показателя смертности населения. Коэффициенты дифференциации потребления медицинской помощи по возрастным группам рассчитываются на основе данных мировой статистики¹.

При этом лишь г. Душанбе не нуждался бы в республиканских трансфертах, предназначенных для финансирования здравоохранения, остальные регионы должны были бы получить трансферты в этой части. Имитационные расчеты потребности в трансфертах из республиканского бюджета, предназначенных для выравнивания условий оказания медицинской помощи в регионах, приведены в таблице 5.

В диссертации произведены прогнозные расчеты по одной из простых моделей бюджетного финансирования здравоохранения Таджикистана на пятилетний период 2002-2006 годов, позволяющие оценить влияние различных вариантов изменения основных ресурсных показателей здравоохранения на стоимость содержания одной койки.

¹ См. «Сборник нормативно-методических рекомендаций по переводу на новые условия хозяйствования учреждений здравоохранения», раздел «Временные методические рекомендации по формированию дифференцированного норматива бюджетного финансирования на одного жителя в год». – М.: Министерство здравоохранения СССР, 1989.

Таблица 5

Расчет потребностей в трансфертах из республиканского бюджета

Регионы	Распределе ние по подушевой формуле (млн. сомони)	ВРП (млн. сомони)	Расходы на здравоохра- нение, исчисленные в одинаковом проценте от ВРП (0,75% - факт. 2000 г.) (млн. сомони)	Величина трансфертов на здравоохранение из республикан- ского бюджета (млн. сомони)
Душанбе	1,25	740,75	5,59	-4,33
ГБАО	0,49	54,20	0,41	0,08
Хатлонская область	4,10	307,14	2,32	1,78
Согдийская область	4,77	415,54	3,13	1,64
РГРП	3,00	289,07	2,17	0,82
Всего:	13,61	1806,70	13,61	4,32

Примечание: В связи с тем, что величины валового регионального продукта (ВРП) по регионам официально не публикуются, в данном случае использовались экспертные оценки.

Прогнозные расчеты были произведены на основе данных макроэкономического прогноза развития страны, подготовленных Министерством финансов Таджикистана.

Были рассмотрены три возможных сценария прогнозных расчетов, характеризующиеся в основном различными вариантами уровня финансирования здравоохранения из государственных источников и различными темпами проведения реструктуризации сети стационарных учреждений (см. табл. 6).

Первый (пессимистический) сценарий исходит из следующих предположений:

- уровень финансирования здравоохранения из государственных источников будет постепенно сокращаться теми же темпами, которыми он сокращался в предыдущем пятилетии (1997-2001 гг.),
- удельный вес расходов на стационарную помощь в общих бюджетных расходах не будет изменяться и сохранится на уровне 2001 г. (71 % государственных расходов на здравоохранение),

- обеспеченность койками будет продолжать сокращаться, и достигнет к концу прогнозируемого периода среднего по Западной Европе уровня (63,4 койки на 10 000 населения).

Второй (промежуточный) сценарий предусматривает следующие изменения основных ресурсных показателей:

- уровень бюджетного финансирования здравоохранения будет постепенно возрастать, и достигнет к концу прогнозируемого периода величины, равной среднему уровню расходов за предыдущее пятилетие (1,2% ВВП);
- удельный вес расходов на стационар будет постепенно сокращаться, и достигнет к 2006 г. 65% от бюджетных расходов на здравоохранение;
- обеспеченность койками будет сокращаться и достигнет к концу прогнозируемого периода среднего по Западной Европе уровня (63,4 койки на 10 000 населения).

Третий (оптимистический) сценарий предусматривает возможность повышения уровня финансирования здравоохранения за счет государственных источников до уровня 1997 г., более резкое сокращение расходов на стационарный сектор (с 71% расходов до 60%) при тех же темпах сокращения показателя обеспеченности койками, как и по первым двум сценариям.

Сопоставительные результаты расчетов по всем предлагаемым сценариям показывают, что к концу прогнозируемого периода годовая стоимость содержания больничной койки может варьировать от 240,5 сомони до 1161,3 сомони. При этом важно отметить, что, как показывают результаты расчетов по первому сценарию, если тенденции сокращения расходов на здравоохранение, сложившиеся в предыдущем пятилетии, сохраняться, то несмотря на сокращение коечного фонда, средств, выделяемых на финансирование стационарного звена не будет хватать даже на финансирование заработной платы работников стационаров. Практически все средства уйдут на финансирование коммунальных расходов.

Таблица 6

Прогнозные расчеты по модели бюджетного финансирования здравоохранения Таджикистана на пятилетний период 2002-2006 годов, оценивающие влияние потенциального изменения основных ресурсных показателей на стоимость содержания койки.

1 сценарий – пессимистический

Показатели	2002	2003	2004	2005	2006
ВВП (млн. сомони)	3000,0	3581,9	4190,3	4825,1	5135,9
Общественные расходы на здравоохранение (млн. сомони)	24,2	24,2	22,8	19,9	14,4
Расходы на стационарную помощь (млн. сомони)	17,2	17,2	16,2	14,1	10,2
Количество коек на 10 000 населения	65,3	64,8	64,4	63,9	63,4
Население (тыс. чел.)	6398,9	6473,3	6547,8	6622,2	6696,6
Количество коек (тыс.)	41,8	42,0	42,1	42,3	42,5
Расходы на 1 койку (сомони)	411,8	409,6	384,1	333,6	240,5

2 сценарий – промежуточный

Показатели	2002	2003	2004	2005	2006
ВВП (млн. сомони)	3000,0	3581,9	4190,3	4825,1	5135,9
Общественные расходы на здравоохранение (млн. сомони)	36,0	43,0	50,3	57,9	61,6
Расходы на стационарную помощь (млн. сомони)	25,1	29,5	33,9	38,3	40,1
Количество коек на 10 000 населения	65,3	64,8	64,4	63,9	63,4
Население (тыс. чел.)	6398,9	6473,3	6547,8	6622,2	6696,6
Количество коек (тыс.)	41,8	42,0	42,1	42,3	42,5
Расходы на 1 койку (сомони)	601,2	702,5	804,2	906,1	943,5

3 сценарий - оптимистический

Показатели	2002	2003	2004	2005	2006
ВВП (млн. сомони)	3000,0	3581,9	4190,3	4825,1	5135,9
Общественные расходы на здравоохранение (млн. сомони)	48,0	57,3	67,0	77,2	82,2
Расходы на стационарную помощь (млн. сомони)	33,0	38,2	43,2	48,0	49,3
Количество коек на 10 000 населения	65,3	64,8	64,4	63,9	63,4
Население (тыс. чел.)	6398,9	6473,3	6547,8	6622,2	6696,6
Количество коек (тыс.)	41,8	42,0	42,1	42,3	42,5
Расходы на 1 койку (сомони)	790,1	909,4	1024,6	1135,1	1161,3

**Основные положения диссертации опубликованы
в следующих работах:**

1. Ресурсное обеспечение учреждений здравоохранения Республики Таджикистан // Материалы республиканской научн.-практ. конф. «Проблемы финансово-бюджетной и денежной стабилизации в условиях рынка». – Душанбе, 2003. - 0,5 п.л.
2. . Необходимость структурных преобразований в системе здравоохранения Республики Таджикистан // Материалы республиканской научн.-практ. конф. «Проблемы финансово-бюджетной и денежной стабилизации в условиях рынка». – Душанбе, 2003. - 0,7 п.л. (в соавторстве.)
3. Опыт использования систем финансирования здравоохранения разных стран // Журнал Финансы и учет. – Душанбе. - 2003. - № 6. – 0,8 п.л.
4. Система здравоохранения Республики Таджикистан в переходный период // Сб. науч. тр. ТНИИПМ. – Душанбе, 2003. – 1,5 п.л. (в соавторстве).
5. Использование приемов и методов финансового менеджмента в управлении здравоохранением // Информационно-аналитический бюллетень ТНИИПМ. – Душанбе. – 2001. - № 4. – 1,4 п.л.
6. Международный опыт оценки деятельности системы здравоохранения // Информационно-аналитический бюллетень ТНИИПМ. – Душанбе. – 2002. - № 1. – 1,8 п.л.

Разрешено в печать 28.11.2003.
Гарнитура Times New Roman; Кириллица.
Формат 60x84 1/16. Объем 1 усл. п.л.
Фирма «Хайём»
Тираж 100 экз.