

Межведомственный Диссертационный Совет

Д.08.00.102.

На правах рукописи
УДК 338,24: 614

Абдуллаева Айнура Авазовна

**Совершенствование системы финансирования стационарной
службы в сельском здравоохранении
(на примере Ошской области КР)**

Специальность 08.00.05.- экономика и управление народным хозяйством

Автореферат

диссертации на соискание ученой степени
кандидата экономических наук

Бишкек - 2000

Диссертационная работа выполнена в Ошском технологическом университете Министерства образования, науки и культуры Кыргызской Республики.

Научные руководители: **Турсунова С.А.**
доктор экономических наук

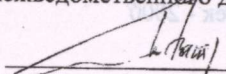
Официальные оппоненты: **Абдымаликов К.А.**
доктор экономических наук, профессор
Учкempiрова Р.М.
кандидат экономических наук

Ведущая организация: Кыргызско-Российский (Славянский) Университет

Защита состоится: 12 января 2001 года 14 часов на заседании Межведомственного диссертационного Совета Д.08.00. 102 по защите докторских (кандидатских) диссертаций по адресу г. Бишкек ул. Тоголок-Молдо 58 (государственный институт экономики и коммерции).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке НАН КР по адресу г. Бишкек пр. Чуй 265 а

Автореферат разослан « _____ » _____ 2000 года.

Ученый секретарь Межведомственного диссертационного
Совета к.э.н., доцент  Т.К. Камчыбеков

I. ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ.

Актуальность темы исследования. С постепенной адаптацией экономических отношений к рыночным условиям происходит проникновение и закрепление рыночных отношений и в социальной сфере. Данный процесс в секторе здравоохранения идет с большими трудностями, связанными как с общей экономической ситуацией в республике, так и отдельными особенностями рыночных отношений в сфере здравоохранения. Это такие особенности, как: неопределенность, информационная асимметрия, производный спрос, воздействие внешних эффектов. Эти особенности и некоторые аспекты медицинских услуг могут привести к несостоятельности рынка медицинских услуг.

В Кыргызстане, в целях совершенствования процесса адаптации указанной сферы к рыночным условиям, разработана и реализуется программа реформы сектора здравоохранения «Манас». В данной программе предусмотрено изменение принципов финансирования стационаров, вводится система оплаты медицинских услуг за каждый пролеченный случай. Однако, результатом внедрения нового метода финансирования явилось увеличение количества больных, пролеченных в стационарах, что противоречит проводимой в республике реформе сектора здравоохранения, направленной на ограничение дорогостоящей стационарной помощи.

Выдвинутые в предыдущие десятилетия концепции приоритетного развития специализированных видов медицинских услуг, как основного рычага повышения их качества, привели к увеличению объема стационарных услуг, нерациональному использованию финансовых ресурсов здравоохранения. Проведенное исследование показало, что более 80 % финансовых средств здравоохранения Ошской области направляются на оплату стационарных услуг, при этом коечный фонд стационаров функционирует неэффективно. При территориальном распределении финансовых ресурсов не учитываются реальные потребности и затраты данного сектора. Объем бюджетных средств по регионам зависит от количества развернутых коек, что приводит к увеличению мощности стационарных учреждений. С другой стороны, регионы с недостаточно развитой сетью стационарных учреждений получают соответственно меньше финансовых средств. Выделяемое финансирование не зависит от общей численности населения районов, в результате чего в разрезе регионов больше средств выделяется районам с меньшей численностью населения. В связи с этим, на сегодняшний день стоит задача изменить механизм финансирования сектора здравоохранения, который должен обеспечить равномерное и справедливое распределение финансовых средств здравоохранения в соответствии с потребностью сельского населения в стационарных услугах.

Начатый, согласно основным направлениям реформы, процесс сокращения коечной сети происходит без научно- обоснованных подходов в определении потребности населения в стационарных услугах, что может

привести к ограничению доступности части населения к данным услугам. В связи с этим, становится актуальной проблема устранения сложившихся диспропорций в распределении финансовых ресурсов здравоохранения на основе научно - обоснованных подходов в определении потребности сельского населения в стационарных услугах.

Проблемы организации и финансирования сельского здравоохранения получили разностороннее отражение в исследованиях таких ученых, как: Авербух Л.А., Баженова Г.И., Андреева И.М., Богатырев И.Д., Вахромеева Н.И., Лисицин Ю.П., Логинова Е.А, Малов Н.И., Чураков В. И. и др. Авторами были разработаны основные принципы организации и финансирования советской системы здравоохранения. В центрально- азиатском регионе данная проблема получила широкое развитие в исследованиях казахских ученых : Бадеева Г.В., Корчагина В.П., Жужанова О.Т, Кульжанова М.К. и др. В Кыргызстане научные исследования, посвященные реформированию системы организации и финансирования стационарной помощи, отражены в научных трудах Н.К. Касиева, Т.С. Мейманалиева, Д.Д. Рисалиева и др.. Важность данной проблемы, а также недостаточная степень ее изученности определили цель, задачи, объект, методологию и структуру работы.

Цель и задачи исследования. Целью данной работы является разработка теоретико- методологических основ реформирования системы финансирования сельского здравоохранения; выработка практических рекомендаций по переходу на новую систему финансирования в указанной сфере.

В соответствии с указанной целью в работе ставились следующие **задачи**:

- обобщить зарубежный опыт финансирования здравоохранения и определить возможности его применения в условиях Кыргызстана;
- проанализировать действующую систему финансирования здравоохранения;
- разработать научно-обоснованные критерии определения потребности сельского населения в медицинских услугах;
- определить потребность сельского населения в медицинских услугах на примере Ошской области Кыргызстана;
- разработать рекомендации по совершенствованию системы распределения финансовых ресурсов сельского здравоохранения;
- определить эффективность предложенной системы распределения финансовых ресурсов здравоохранения по сравнению с существующими методами.

Объектом исследования выступает сеть стационарной службы сельского здравоохранения Ошской области.

Предметом исследования является система организации финансирования стационарной помощи сельского здравоохранения республики.

Методология исследования. Методологической основой исследования послужили труды классиков экономической теории, научные труды отечественных и зарубежных экономистов и медиков в области финансирования здравоохранения, Указы Президента и Постановления правительства Кыргызской Республики, программные документы по проблемам реформирования здравоохранения.

Информационную базу исследования составили: отчетные материалы Республиканского Медико-информационного Центра при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики; данные статистических сборников Национального статистического комитета Кыргызской Республики; Ошского областного центра медицинской статистики при областном управлении здравоохранения и областного управления финансов; отчетные материалы лечебно-профилактических учреждений Ошской области.

Научная новизна диссертационного исследования заключается в следующем:

- обоснованы новые подходы в распределении финансовых ресурсов учреждений сельского здравоохранения, учитывающие потребность сельского населения в стационарных медицинских услугах;
- обоснованы критерии определения потребности сельского населения в стационарных медицинских услугах исходя из уровня госпитализаций, показателя выполнения койко- дней на 1000 человек сельского населения; потребности сельского населения в больничных койках;
- разработана методика определения объема медицинских услуг, основанная на среднестатистических данных потребления стационарных услуг сельским населением с учетом результатов проведенных экспертных оценок;
- предложен нормативно- объемный метод распределения финансовых средств стационарам под объем медицинских услуг в зависимости от климато- географических особенностей регионов: высокогорные районы, долинные районы и районы, отдаленные от областного центра;
- определена потребность сельского населения Ошской области в стационарных услугах с применением предлагаемой научно- обоснованной методики;
- рассчитана эффективность предложенного альтернативного варианта распределения финансовых средств стационарам по сравнению с существующими методами.

Практическая значимость диссертации. Разработанные и обоснованные в исследовании подходы, теоретические положения, практические выводы и рекомендации использовались в процессе реструктуризации сети лечебно-

профилактических учреждений трех районов Ошской области; оптимизации системы организации сельского здравоохранения; при рационализации финансового обеспечения лечебных учреждений области Ошским областным финансовым управлением.

Разработанные нормативные показатели для определения необходимого объема стационарных медицинских услуг и соответствующего объема финансирования ЛПУ могут быть рекомендованы для использования в аналогичных административных районах центрально-азиатского региона.

Апробация результатов исследования. Основные положения работы были доложены на ряде научно-практических конференций, в том числе: на республиканских семинарах: по поддержке и внедрению национальной программы реформы здравоохранения «Манас» (апрель, 1998 ; январь, 1999); по новым методам финансирования лечебно-профилактических учреждений (май, 1998); на расширенном заседании кафедры управления Ошского технологического университета (апрель, 1999).

Публикации. По материалам диссертации опубликовано 7 научных работ.

Структура работы. Диссертация состоит из введения, трех глав, заключения, списка использованной литературы. Диссертация изложена на 143 страницах, в т.ч. содержит 29 таблиц, 13 иллюстраций. Указатель литературы включает 189 наименований.

Во введении обоснована актуальность проблемы, сформулированы цель и задачи исследования, раскрыты научная новизна и практическая значимость работы.

Первая глава посвящена теоретическим и методологическим проблемам финансирования сектора здравоохранения. Рассмотрены особенности различных моделей реформирования сектора здравоохранения в зарубежных странах и возможности их применения в условиях Кыргызстана. Изучены основные методы, теоретические подходы к определению потребности населения в медицинских услугах.

Во второй главе выполнен анализ рынка медицинских услуг на примере Ошской области Кыргызской Республики. Дана экономическая оценка факторов спроса, потребления и потребности сельского населения в медицинских услугах. Определены основные проблемы существующей системы финансирования сектора здравоохранения.

В третьей главе рассмотрены основные направления по совершенствованию системы финансирования сектора здравоохранения. Предложены альтернативные варианты системы финансирования сектора здравоохранения по нормативно-объемному методу. Рассчитан экономический эффект от внедрения альтернативного метода финансирования сектора здравоохранения.

В заключении изложены основные результаты, выводы и предложения проведенного исследования.

II. СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ И ОСНОВНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Анализ системы финансирования сектора здравоохранения в странах ближнего и дальнего зарубежья свидетельствует об отсутствии идеальной системы его организации и финансирования. Во всех странах стоит задача совершенствования системы финансирования данного сектора, независимо от их общего экономического благополучия. При этом в каждой отдельно взятой стране вырабатывались шаги на пути решения проблемы, и выбиралась система, наилучшим образом вписывающаяся в существующую ситуацию. Так, страны с государственной системой здравоохранения (Англия), столкнулись с проблемами недостаточности финансирования сектора здравоохранения из государственного бюджета, который не покрывал потребности здравоохранения. В этих странах наряду с государственным сектором стал развиваться частный сектор здравоохранения и система страховой медицины. В странах, где основное развитие получил частный сектор здравоохранения, правительство вынуждено было взять на себя часть расходов по медицинскому обслуживанию населения, чтобы обеспечить получение медицинских услуг населением независимо от их материального благосостояния. Основным результатом проводимых реформ в секторе здравоохранения большинства стран явилось развитие модели «социального рыночного хозяйства». Концепция социального рыночного хозяйства предполагает, что частное хозяйство в его чистом виде без государственного вмешательства приведет к неэффективному функционированию экономики и социальной несправедливости, как и всеобъемлющее централизованное планирование. Экономическое регулирование и координация деятельности сектора здравоохранения должны происходить через рынки, однако государству должна принадлежать главная роль в создании эффективного рыночного механизма. В условиях переходного периода основным источником финансирования сектора здравоохранения должен оставаться государственный бюджет. При этом, решение проблемы повышения эффективности использования финансовых средств здравоохранения из государственного бюджета, позволяет расширить доступ населения к бесплатным видам медицинских услуг.

Теоретические положения отечественной и зарубежной экономической и медицинской науки в области управления и финансирования здравоохранения явились экономическим обоснованием для выбора методики планирования объема медицинских услуг сельскому населению с соответствующим механизмом финансирования. Применяющиеся нормы медицинской помощи не отражали истинную потребность населения в медицинских услугах, т.к. в методиках по их определению не учитывались многие факторы, влияющие на величину спроса. Это: климато-географические особенности региона, половозрастной состав населения, экономическое развитие региона и др. Одновременно, данные нормы оказались завышенными, т.к. отражали

политику того времени, направленную на приоритетность развития дорогостоящей стационарной службы. При определении потребности населения в стационарных услугах учитывались все случаи, при которых могла возникнуть необходимость в госпитализации, без последующего учета затребованности этой услуги. При определении потребности в медицинских услугах не обосновывались экономические аспекты. Методы финансирования стационаров носили экстенсивный характер и не отражались на конечных результатах деятельности стационаров и не способствовали их оптимальному использованию.

Внедряемый в республике новый метод финансирования стационаров за каждый пролеченный случай и применяемый в настоящее время фондом обязательного медицинского страхования, как показало исследование, также носит экстенсивный характер, т.к. приводит к увеличению потока госпитализируемых больных, от количества которого зависит общий объем финансирования.

Анализ основных факторов, влияющих на величину спроса на медицинские услуги в Ошской области, позволил получить информацию, необходимую для выбора альтернативных программ совершенствования системы финансирования сельского здравоохранения. В переходный период спрос на медицинские услуги будет определяться следующими факторами: показатели здоровья населения; общие демографические показатели районов (общая численность населения района, половозрастной состав населения, плотность размещения населения, естественный прирост населения); структура размещения основных поставщиков медицинских услуг в пределах района, определяющих степень доступности медицинских услуг для населения; климато-географические особенности региона и др.

Экономическая оценка вышеприведенных факторов показала, что система учета показателей заболеваемости, основанная на статистических данных, не позволяет в настоящее время использовать их для определения потребности населения в медицинских услугах, т.к. не отражает данные показатели в полном объеме. В переходный период стоит задача создания информационного центра для сбора данных по потреблению медицинских услуг сельским населением. До создания банка данных имеется возможность использовать усредненные данные по заболеваемости в разрезе регионов, в частности по Ошской области в разрезе долинных, высокогорных районов и районов, отдаленных от областного центра. При этом регионы, имеющие высокие показатели заболеваемости, должны рассчитывать на большие ресурсы здравоохранения по сравнению с районами с более низкими показателями заболеваемости. Большая численность населения Ошской области будет определять больший спрос на медицинские услуги по сравнению с другими регионами Кыргызстана. Положительная динамика населения приводит к росту спроса на медицинские услуги, в том числе на стационарные, что должно предусматриваться в ходе проводимой реформы сектора здравоохранения, направленной на сокращение стационарной службы. Бесконтрольный процесс

сокращения коечной сети без учета демографических процессов может ограничить доступность части населения к стационарным медицинским услугам. Половозрастной состав потребителей медицинских услуг определяет основные виды предоставляемых медицинских услуг. В Ошской области половозрастная характеристика населения, а также высокие уровни рождаемости, показатели естественного прироста населения должны определять приоритетность развития детских и родовспомогательных видов медицинских услуг, что необходимо предусмотреть в процессе проводимой реструктуризации коечной сети.

Спрос на медицинские услуги имеет различные показатели в зависимости от климато-географических особенностей региона и имеет более высокие показатели в высокогорных и отдаленных от областного центра районах, где зарегистрированы более высокие показатели заболеваемости. С другой стороны, в данных районах для населения ограничена доступность в получении медицинской помощи в областных специализированных клиниках, в которых в основном получают лечение больные из близлежащих долинных районов. При распределении ресурсов здравоохранения необходимо предусмотреть выделение больших ресурсов высокогорным регионам и районам, отдаленным от областного центра.

Анализ распределения финансовых ресурсов здравоохранения Ошской области показал, что основная сеть лечебных учреждений представлена амбулаторно-поликлиническим сектором, однако, при распределении финансовых средств на их долю приходится не более 20% от общей суммы финансирования. При этом, амбулаторно-поликлиническая сеть представлена в основном фельдшерско-акушерскими пунктами (ФАП), которые в общей структуре основных поставщиков медицинских услуг составляют до 70% и в них оказывается только первая доврачебная медицинская помощь, что приводит к ограничению доступа части сельского населения к врачам медицинским услугам. Более 80% всех средств сектора здравоохранения выделяются на содержание стационарных медицинских учреждений, которые в общей структуре сети лечебных учреждений занимают всего 17%.

Данная схема распределения сети лечебных учреждений с соответствующим распределением финансовых ресурсов свидетельствует о ее структурной неэффективности. В связи с этим, структурные изменения в системе здравоохранения, где основным направлением должно явиться перераспределение финансовых ресурсов в пользу менее дорогостоящих форм медицинской помощи, могут стать реальным фактором повышения эффективности использования ограниченных финансовых средств здравоохранения и соответственно сокращения потребности в государственном финансировании.

Распределение бюджетных средств по регионам идет в зависимости от количества развернутых коек в стационарах и мощности амбулаторно-поликлинических учреждений, что ставит регионы в неравные условия: регионы с недостаточно развитой сетью лечебно-профилактических

учреждений получают соответственно и меньше финансовых средств. Проведенный анализ обеспеченности населения койками показал, что этот показатель низкий в наиболее крупных районах области с высоким числом проживающего в них населения. В среднем обеспеченность койками оказалась выше в высокогорных районах по сравнению с долинными районами. При этом процесс реструктуризации коечной сети идет без учета показателей обеспеченности населения больничными койками, что может привести к ограничению доступности части населения к стационарным услугам в тех районах, где отмечаются низкие данные показатели. Анализ показал, что в районах, имеющих высокие показатели обеспеченности больничными койками, отмечаются низкие показатели работы койки в течение года, что свидетельствует о низкой эффективности использования имеющихся мощностей.

Выделяемые финансовые средства также не связаны с общей численностью населения, потребностью в медицинской помощи. В разрезе районов области в расчете на душу населения больше финансовых средств пришлось на районы с меньшей численностью населения. Финансирование же стационаров в зависимости от количества развернутых коек, без анализа эффективности их использования, тормозит ход проводимых реформ, направленных на перераспределение финансовых ресурсов в менее затратный амбулаторно-поликлинический сектор, т.к. у руководителей стационаров имеется финансовая заинтересованность содержать большое количество коек. Согласно реформе сектора здравоохранения «Манас», данную ситуацию должно исправить введение нового метода финансирования стационаров за каждый пролеченный случай. Однако, как показал опыт стационаров, работающих в системе обязательного медицинского страхования (ОМС) и финансируемых по новому методу, возникает финансовая заинтересованность в увеличении потока госпитализированных больных, от количества которых зависит финансирование. При этом в ситуации, когда данные стационары получают финансирование из двух источников: государственного бюджета и фонда ОМС, по различным механизмам: по количеству коек и числу пролеченных больных, имеется финансовая заинтересованность сохранить все имеющиеся койки и пролечить большее количество больных.

В связи с этим в данной работе нами предлагается альтернативный вариант распределения финансовых средств сельским стационарам. Предложенный метод был определен как нормативно – объемный, т.к. в данной методике предусматривается введение нормативных показателей, определяющих объем стационарных услуг сельскому населению с соответствующим выделением финансовых средств, которые позволяют ограничить поток госпитализируемых больных. Основным принципом данного метода заключается в том, что финансовые средства сельским стационарам должны выделяться под определенный объем медицинских услуг. Учитывая, что в настоящее время отсутствуют критерии, позволяющие оценивать объем медицинских услуг, а также не создан информационный банк данных

потребления стационарных услуг сельским населением в переходный период, мы предлагаем оценивать объем медицинских услуг на основании показателей, используемых в мировой практике: уровень госпитализации – число госпитализаций на 1000 человек населения; расчетный показатель выполнения койко-дней на 1000 человек населения. Данные показатели определять в зависимости от уровня стационаров: центральная районная больница (ЦРБ), номерная (НБ) и участковая больница (УБ). С учетом формирования групп семейных врачей предлагаем ограничить объем стационарных услуг, оказываемых терапевтами, педиатрами и акушер - гинекологами нормативными показателями в соответствии с показателями половозрастного состава населения. За нормативные показатели принять средние сложившиеся показатели объема фактически потребленных стационарных услуг за вычетом уровня необоснованных госпитализаций, определенных экспертным путем. Нормативные показатели установить в разрезе высокогорных, долинных и отдаленных от областного центра районов. В данной методике нормативный объем стационарных услуг и соответствующий объем финансовых средств мы предлагаем определять по следующим этапам:

I. Определение усредненного объема фактического потребления стационарных услуг за три года, на основании таких показателей, как: уровень госпитализации - число госпитализаций на 1000 населения; средняя длительность лечения больных и койко-дни на 1000 населения, с применением следующих формул:

$$1. P_u = \frac{P_g}{R_j} \cdot 1000 \quad \text{где } P_u - \text{уровень госпитализации}$$

$$P_g - \text{число госпитализаций}$$

$$R_j - \text{численность населения } j\text{-района}$$

$$2. K_{dj} = P_u \times L \quad \text{где } K_{dj} - \text{показатель койко-дней на 1000 человек населения}$$

$$P_u - \text{уровень госпитализации}$$

$$L - \text{средняя длительность лечения больных в стационаре.}$$

Информационную базу для расчетов вышеприведенных показателей в переходный период могут составить данные из государственных статистических отчетностей: отчет о деятельности стационаров (форма № 14, 1 раздел); статистические отчетные данные республиканского медико-информационного центра и отчеты территориальных управлений фонда обязательного медицинского страхования.

II. Проведение экспертных оценок по определению уровня необоснованных госпитализаций в разрезе лечебных учреждений высокогорных, долинных, а также отдаленных от областного центра районах. В настоящее время данные экспертные оценки проводятся фондом обязательного медицинского страхования и при расчетах имеется возможность определять процент

необоснованных госпитализаций на основании их данных по нижеприведенным формулам:

$$3. P_{ng} = \frac{P_g \times P_{\%ng}}{1000}$$

где: P_{ng} - уровень необоснованных госпитализаций (на 1000 человек населения)
 P_g - число госпитализаций
 $P_{\%ng}$ - процент необоснованных госпитализаций

$$4. K_{dn} = P_{ng} \times L$$

где: K_{dn} - показатель койко-дней на 1000 человек, госпитализированных в стационар необоснованно
 P_{ng} - число необоснованно госпитализированных
 L - средняя длительность лечения больных в стационаре.

III. Определение нормативных показателей объема стационарных услуг в переходный период предлагаем проводить на основании нижеприведенных показателей по формулам:

$$5. P_{hg} = P_u - P_{ng}$$

где: P_{hg} - норматив уровня госпитализаций (на 1000 человек населения)
 P_u - фактический уровень госпитализаций,
 P_{ng} - уровень необоснованных госпитализаций.

$$6. K_d = K_{dj} - K_{du} \text{ или } K_d = P_{hg} \times L$$

где: K_d - норматив выполнения койко-дней
 K_{dj} - фактические показатели койко-дней на 1000 населения
 K_{du} - показатели койко-дней на 1000 населения, проведенные больными, госпитализированными необоснованно.

В данном исследовании за нормативные показатели были взяты средние сложившиеся показатели за три года в разрезе регионов: высокогорных, долинных и отдаленных от областного центра районов. Этапы расчетов нормативных показателей объема медицинских услуг на основании показателей, сложившихся за 1997, 1998 и 1999 г.г. для уровня центральных районных больниц (ЦРБ) Ошской области представлены в табл.1.

Таблица 1. *

Этапы расчетов нормативных показателей объема медицинских услуг на уровне ЦРБ

ЦРБ	число фактических госпитализаций	средняя длительность лечения (дни)	койко-дни	число необоснованных госпитализаций	койко-дни необоснованных госпитализаций	в	потребность госпитализаций	необходимые койко-дни	потребность в госпитализациях на 1000 населения	койко-дни на 1000 населения
Высокогорные районы										
Алай	5054	13,4	67723,6	505	6767	4549	60956,6	77,6	1040,2	
Чон-Алай	2621	14,9	39052,9	262	3903,8	2359	35149,1	111,2	1657,2	
Кара-Кульджа	6420	12,7	81534	642	8153,4	5778	73380,6	70,6	896,8	
Среднее	4698	13,6	63892,8	470	6392	4228	57500,8	78,5	1067,6	
N		13,6				4228	57500,8	78,5	1067,6	
Долинные районы										
Араван	9681	12,6	121980,6	1451	18282	8230	103698	95	1200,0	
Кара-Суу	10949	12,6	137957,4	1642	20689	9307	117268	34,3	433,3	
Кадамжай	5392	12,1	65243,2	807	9764,7	4585	55478,5	34,0	411,6	
Наукат	10542	11,2	118070,4	1581	17707	8961	100363	44,5	498,6	
Узген	8851	12,6	111522,6	1327	16720	7524	94802,4	42	526,1	
Среднее	9083	12,2	110954,8	1362	16632	7721	94196,6	44,2	539,3	
N		12,2				7721	94196,6	44,2	539,3	
Отдаленные от областного центра районы										
Баткен	7816	10,9	85194,4	1172	12774	6644	72419,6	98,5	1074	
Ляйляк	6788	14,9	101141,2	1018	15168	5770	85973	64,4	960,2	
Среднее	7302	12,9	93167,8	1095	13971	6207	80070,3	73,4	946,8	
N		12,9				6207	80070,3	73,4	946,8	

*Расчитано на основе данных государственной статистической отчетности: отчет о деятельности стационаров (форма № 14, 1 раздел).
N- рекомендуемый нормативный показатель.

Введение в практику здравоохранения вышеприведенных нормативных показателей, отражающих объем стационарных услуг, позволит определить в разрезе районов и в целом по области следующие показатели: потребность сельского населения в стационарных услугах на основании необходимого уровня госпитализаций; расчетного показателя выполнения койко-дней на 1000 человек сельского населения; потребность населения в больничных койках на основании заданного показателя мощности стационара; нормативный показатель средней длительности лечения больных в стационаре; потребности поставщиков, оказывающих стационарные услуги в необходимом объеме финансовых средств.

Данные показатели предлагаем рассчитывать по нижеприведенным формулам:

1. Потребность в госпитализации населения j - района – P_{gj} :

$$P_{gj} = \frac{N_{gj} \times R_j^c}{1000}$$

где N_{gj} – норматив госпит. соответствующей зоны;
(j_1 –долинные р-ны; j_2 –высокогорные; j_3 –отдален. р-ны)
 R_j^c – численность j района; по области = $\sum_{j=1}^{10}$

2. Потребность в койко- днях населения j района – K_{dj}

$$K_{dj} = \frac{N_{gj} \times R_j^c \times N_1}{1000}$$

где N_1 – норматив средней длительности лечения;

или $K_{dj} = N_1 \times P_{gj}$

3. Потребность в больничных койках населения j района – P_c :

$$P_c = \frac{N_{gj} \times R_j^c \times N_1}{K_g \times 1000}$$

где K_g – норматив работы койки в году – 340 дней;
 K_{dj} – плановое число койко-дней;

или $P_c = K_{dj} : K_g$

4. Необходимый объем финансирования

$$Y = \frac{Z \times N_g \times R_j^c \times N_1}{1000}$$

где Y – необходимый объем общего финансирования;
 Z – стоимость одного койко-дня.

или $Y = Z \times K_{dj}$

Выполненные расчеты объема финансирования сельских стационаров Ошской области по нормативно–объемному методу показали, что введение в практику здравоохранения данного метода позволит обеспечить равномерное распределение финансовых средств по районам в зависимости от численности населения. Сравнительная характеристика результатов расчетов по предлагаемой методике и фактическое распределение финансовых средств среди ЦРБ Ошской области в 1998 году представлены на рис. 1.



Рис.1. Сравнительная характеристика распределение финансовых средств по нормативно-объемному методу с фактическим распределением по ЦРБ.

Как показал сопоставительный анализ распределения финансовых ресурсов по различным методам, применение предлагаемого нормативно-объемного метода определения потребности сельского населения в стационарных услугах с соответствующим распределением финансовых ресурсов позволяет более рационально использовать ограниченные финансовые средства здравоохранения по сравнению с существующими методами.

Таким образом, основной проблемой в сельском здравоохранении является дисбаланс между размерами государственного финансирования здравоохранения и объемом медицинских услуг, предоставляемых сельскому населению бесплатно. Основная часть финансовых ресурсов здравоохранения направляется на оплату дорогостоящих стационарных услуг, при этом коечный фонд больничных учреждений функционирует неэффективно. Необходимость решения проблем, связанных с финансированием сельского здравоохранения, предусматривает повышение эффективности использования ограниченных финансовых ресурсов в этом секторе. С этой целью, на наш взгляд, целесообразно:

1. ввести в практику здравоохранения предлагаемый в работе нормативно-объемный метод определения потребности сельского населения в

стационарных услугах с соответствующим распределением финансовых ресурсов;

2. выделять финансовые средства сельским стационарным учреждениям здравоохранения под определенный объем медицинских услуг;
3. объем медицинских услуг определять исходя из уровня госпитализаций; расчетного показателя выполнения койко-дней на 1000 человек сельского населения; потребности сельского населения в больничных койках на основании заданного показателя мощности стационара
4. показатели объема стационарных услуг определять в разрезе регионов: высокогорных, долинных и районов, отдаленных от областного центра, предусматривая выделение больших финансовых ресурсов высокогорным районам и районам, отдаленным от областного центра
5. использовать показатели, рассчитанные по нормативно-объемному методу, в ходе реструктуризации стационаров, при планировании структурных подразделений стационаров.

Использование нормативно-объемного метода определения потребности населения в стационарных услугах с соответствующим подходом при распределении финансовых средств, как показало исследование, позволит оптимизировать систему финансирования сельского здравоохранения в переходный период.

Основные положения диссертации изложены в следующих публикациях:

1. А.А. Абдуллаева. Новые экономические отношения в медицине. // Сборник научных трудов ОшГУ. - Ош 1997- 0,3 п.л.
2. Д.Д.Рисалиев, А.А.Абдуллаева. Некоторые аспекты экономики программы реформы «Манас» // Медицинский вестник. - Ош 1999- 0,5 п.л.
3. Д.Д.Рисалиев, А.А.Абдуллаева. Альтернативные методы финансирования сельских лечебных учреждений. // Материалы научно- практической конференции « Социально- экономические проблемы Южного региона Кыргызстана в условиях перехода к рынку». - Ош 1999. - 0,3 п.л.
4. А.А. Абдуллаева. Распределение финансовых ресурсов стационарным учреждениям сельского здравоохранения. //Материалы научно-практической конференции « Социально- экономические проблемы Южного региона Кыргызстана в условиях перехода к рынку». - Ош 1999. - 0,3 п.л.
5. А.А. Абдуллаева, Д.Д.Рисалиев. Определение финансовых ресурсов и объема стационарных медицинских услуг сельскому населению. // Методические рекомендации. - Ош 1999. - 2 п.л.
6. С.А.Турсунова, А.А. Абдуллаева. Финансирование сектора здравоохранения // Экономический вестник. - Бишкек 1999. - № 4. - 0,2 п.л.
7. С.А.Турсунова, А.А. Абдуллаева. Совершенствование системы финансирования сектора здравоохранения.// Вестник КГНУ. - Бишкек 2000. - 0,3 п.л.

Аннотация

В данной работе приведены результаты исследований, необходимые для обоснования возможностей перехода на новую систему финансирования стационарных услуг, учитывающие потребность сельского населения в стационарных медицинских услугах; установлены основные тенденции в состоянии здоровья сельского населения Ошской области; дана характеристика потенциальных потребителей медицинских услуг в сельском регионе; даны принципы определения потребностей сельского населения в стационарных услугах с соответствующим выделением финансовых ресурсов. Полученные результаты исследований позволяют определить в разрезе районов и в целом по области показатели: потребность сельского населения в стационарных услугах на основании уровня госпитализаций; расчетный показатель выполнения койко-дней на 1000 человек сельского населения; потребность сельского населения в больничных койках на основании заданного показателя мощности стационара.

Разработанные рекомендации позволяют оптимизировать систему финансирования стационарной службы в сельском здравоохранении и могут быть использованы в аналогичных административных районах.

Annotation.

The given paper contains the new information which is necessary substantiating the possibilities of transferring to the new system of organization of medical-prophylactic services by means of changing the financial system of health service sector and there were established the main tendencies in health state of rural population of Osh oblast, it supplies basic delineation of potential consumers of medical services in rural region, also it gives the principles determining needs of rural inhabitants in permanent service it gives an alternative variant of distribution principals of financial means. The obtained in the process investigation normative indicators of the necessary volume of medical services for the rural inhabitants help to define the following progress in connections or regions in oblast as a whole: the rural inhabitants needs in medical permanent services according to the number of necessary hospitalization; P1 aimed indicator of the patients; the needs of the rural inhabitants in beds in hospitals, normative indicator of middle length of patients treatments in the permanent establishments; the needs of the supplies who provide medical service in the essential valve of financial means. Elaborated recommendation and standards improve the system of medical service to me rural inhabitants and could be recommended to be used in the similar administrative regions.

Аннотация

Бул иште дарылоо-профилактикалык системасында тейлөөнү уюштуруунун жаңы системасына өтүүдөгү мүмкүндүгүн негиздөөдөгү зарыл шарттары, саламаттыкты сактоо секторун финансылоонун системасын өзгөртүү жолун изилдөөнүн натыйжалары айтылган жана Ош областынын айыл калкынын саламаттыгынын абалынын негизги тенденциялары белгиленген. Ошондой эле айылда медициналык тейлөөнүн потенциалдуу керектөөлөрүн аныктоонун принциптери; финансы каражаттарын бөлүштүрүү принциптеринин альтернативалуу варианттары келтирилген. Изилдөөнүн натыйжалары райондор боюнча, бүтүндөй област боюнча финансы каражаттарын бөлүштүрүүнү аныктоого мүмкүндүк түзөт. Айылдык калкты стационардык тейлөөдө керектүү санда госпиталдарда болгондордун керектөөлөрүнүн негизинде алынган көрсөткүчтөр, бир күндүк дарылануунун аткарылышынын пландуу көрсөткүчү; стационардын мүмкүндүгүнө карата айылдык калктын ооруканадан орундарга болгон муктаждыгы; оорулуулардын стационарда дарылануусунун мөөнөтүнүн орточо узактыгынын нормативдик көрсөткүчү; финансы каражаттарынын зарыл болгон өлчөмдө кызмат көрсөтүүчүлөрдүн муктаждыктары келтирилген.

Иштелип чыккан рекомендациялар жана нормативдер айылдык калкты медициналык жактан тейлөөнү финансылоо системасын жакшыртууга шарт түзөт жана алар жогорудагыдай административдик райондордун шартында пайдаланылса болот.