

Кубанский государственный медицинский университет
Кафедра общественного здоровья, здравоохранения и истории медицины
Заведующий кафедрой профессор доктор медицинских наук

Редько Андрей Николаевич



ЛЕКЦИЯ



**Основы управления, планирования, экономики и
финансирования здравоохранения.
Всемирная организация здравоохранения**

Краснодар - 2013

- Термин «экономика» зародился более 2 тыс. лет тому назад в Древней Греции, где основы учения об экономике были заложены философами Ксенофонтom и Аристотелем. Два греческих слова: «*эйкос*» — домашнее хозяйство и «*номос*» — закон, правило, объединенные в одно, образовали название новой в то время науки, которой было суждено получить всеобщее распространение и признание во всем мире.

- Слово «экономика» в его общем представлении и понимании означает одновременно как хозяйство в его непосредственной, естественной форме в виде богатства, имущества, средств производства, материальных и духовных благ, хозяйственной деятельности, так и науку, знания о хозяйстве и управлении им. В иностранной литературе науку о хозяйстве и ведении хозяйства иногда называют словом, переводимым на русский язык не как «экономика», а как «экономике» (economyes), буквально — «экономическая теория».

- экономика — это созданная и постоянно совершенствуемая людьми система использования и преобразования разнообразных имеющихся в окружающей природной среде и ранее произведенных средств с целью получения благ, удовлетворяющих потребности человека, общества, государства.

- Выделение экономики здравоохранения как науки состоялось лишь во второй половине XX века (50-х годах). Это было обусловлено следующими обстоятельствами:

- Во-первых, именно в XX веке наряду с развитием основных сфер материального производства получила развитие и социальная сфера, включающая здравоохранение. Появилась реальная база, объект исследования — экономические отношения в здравоохранении, что обусловило формирование отдельной области конкретных экономических знаний — экономики здравоохранения.

- Во-вторых, именно в это время проблемы медицины, здравоохранения стали рассматриваться с точки зрения экономической эффективности организации и деятельности различных служб охраны здоровья с целью получения желаемых результатов при наименьших затратах материальных, финансовых, трудовых и прочих ресурсов (так как здравоохранение является одной из наиболее ресурсоемких отраслей хозяйства).

- В-третьих, именно в середине XX века была осознана значимость экономических проблем воспроизводства рабочей силы и взаимосвязи здравоохранения с другими отраслями экономики, важность того, что инвестиции в развитие человеческого фактора, в программы, связанные с охраной и укреплением здоровья населения, экономически оправданы.

- В настоящее время делаются серьезные шаги в развитии экономики здравоохранения как самостоятельной науки. Этому способствует появление и развитие рыночных отношений, процессов коммерциализации здравоохранения, проявляющихся, в частности, в росте объемов платных услуг населению. Кроме того, развивается система медицинского страхования. Это все обуславливает изменение экономического положения медицинского учреждения, приобретающего черты «услугопроизводящего» предприятия.

- Изменение статуса медицинского учреждения ведет к изменению характера всех экономических связей и отношений, которые устанавливаются в процессе практической деятельности медицинских учреждений, вынужденных все в большей степени действовать на коммерческой основе, с учетом принципов самоокупаемости.

- Кроме того, условием и одновременно следствием развития рыночных отношений является появление многоукладности в здравоохранении, когда реальным стало функционирование медицинских учреждений с различной формой собственности.

- Одним из последствий осуществления медицинской деятельности в разнообразных хозяйственных формах является изменение экономического положения работников здравоохранения. От количества и качества их труда зависит экономический результат деятельности ЛПУ в целом, а также уровень их материального вознаграждения.
- Исследованием всех указанных процессов в современном здравоохранении и занимается экономика здравоохранения.

- **Предмет экономики здравоохранения**
- В здравоохранении, как и в любой другой области деятельности человека, могут быть выделены профессиональная и экономическая стороны. Профессиональная — составляет содержательный аспект медицинской деятельности. Экономическая же сторона предполагает хозяйственные формы, в рамках которых совершается данная профессиональная деятельность.

- От решения экономических проблем здравоохранения зависит успех профессиональной деятельности медицинских работников, решение многих проблем, существующих в настоящее время в этой отрасли хозяйства.

- Экономика здравоохранения исследует хозяйственные формы медицинской профессиональной деятельности, что в современных условиях имеет существенную научно-практическую значимость.

- Следовательно, экономику здравоохранения можно определить как комплекс экономических знаний о формах, методах, результатах хозяйственной деятельности в области медицины. Это определение в большей степени касается внутреннего аспекта экономики здравоохранения. Подчеркивая же в большей степени ее внешний аспект, можно определить экономику здравоохранения как отраслевую экономическую науку, изучающую взаимодействие здравоохранения как непроизводственной сферы жизнедеятельности общества с другими отраслями народного хозяйства.

- Предметом экономики здравоохранения являются экономические отношения, объективно складывающиеся в процессе оказания медицинской помощи, то есть в медицинской профессиональной деятельности.

- В зависимости от того, на каком уровне внутри системы здравоохранения или вне ее рассматриваются экономические отношения, они могут быть разделены на макро-, микро- и мидиэкономические.

- **На макроэкономическом уровне** отношения складываются в рамках национальной экономики в целом и, прежде всего, в тех отраслях, которые непосредственно связаны со здравоохранением, а таких отраслей насчитывается около тридцати. Таким образом, **макроэкономика** рассматривает взаимодействие системы здравоохранения с государством и обществом в целом и с другими отраслями народного хозяйства.

- Внутренний аспект экономики можно рассматривать на двух уровнях.
- **Микроэкономический уровень** подразумевает деятельность отдельного лечебно-профилактического учреждения.
- **На мидиэкономическом уровне** исследуются хозяйственные связи внутри системы здравоохранения, состоящей из целого ряда подотраслей, производств, учреждений, связанных решением одной функциональной задачи — охраны и укрепления здоровья населения.

- **Экономические проблемы развития здравоохранения**
- **Общая цель экономики здравоохранения** — это изучение экономических отношений, хозяйственных контактов, объективно возникающих в процессе осуществления медицинской профессиональной деятельности. В рамках данной общей цели можно выделить конкретные задачи, стоящие перед экономикой здравоохранения. Эти задачи можно объединить в несколько проблемных групп, последовательно и логически вытекающих одна из другой.

- **Первая группа проблем** предопределяет то, какие услуги здравоохранения, кому и с использованием каких организационно-правовых форм надо их оказывать. В плане решения этих проблем экономика здравоохранения рассматривает условия и методы хозяйствования на всех стадиях лечебно-профилактического процесса. Прежде всего, необходимо выявить состав потенциальных пациентов, структуру их потребностей в медицинских услугах, финансовые возможности и в зависимости от этого определить хозяйственный тип своей профессиональной деятельности. В конечном итоге, важно определить, какое медицинское учреждение в каждом конкретном случае организовывать целесообразнее всего.

- Например, фирма, решая вопрос о предоставлении новой услуги населению (массаж, проведение ультразвуковых исследований, косметологические услуги и др.), должна определить нуждаемость в этих видах услуг, порядок привлечения пациентов (реклама, договора с другими медицинскими учреждениями, промышленными предприятиями и т.д.), порядок их оказания (платные услуги, услуги по договорам обязательного или добровольного медицинского страхования).

- **Вторая группа проблем** охватывает исследование ресурсной базы определенного вида медицинских услуг. В связи с этим экономика здравоохранения занимается изучением факторов хозяйственной деятельности в медицине. Речь идет об исследовании материально-технической базы, выявлении структуры подлежащих к использованию ресурсов, определении состава и процентного соотношения основных и оборотных средств медицинского учреждения, особенностей их применения.

- Далее необходимо решить вопрос о кадровом обеспечении деятельности медицинского учреждения, определить структуру трудовых ресурсов, экономические формы привлечения квалифицированных специалистов к работе (трудовое соглашение, контракт, основное место работы или работа по совместительству, уровень оплаты труда и т.д.). В медицинском учреждении особенно важно создать деловой и вместе с тем максимально корректный психологически комфортный климат, направленный не только на стремление каждого сотрудника к росту производительности труда и улучшению его результативности, но и на формирование благоприятного позитивного впечатления от посещения медицинского учреждения у пациентов.

- **Третья группа проблем** связана с оплатой оказываемых услуг. Экономика здравоохранения использует различные возможности и виды инвестиционного процесса в данной отрасли народного хозяйства. Свои средства в обеспечение функционирования и развития здравоохранения вкладывают такие основные группы инвесторов, как государство, страховые организации и сами пациенты. Этим трем группам инвестиционных источников соответствуют и **системы финансирования здравоохранения — частная, бюджетная и страховая.**

- В рамках данной группы проблем можно указать также вопросы о конкретных формах финансирования здравоохранения, направлении инвестиционных средств в определенный экономический тип медицинского учреждения; проблемы тарифов, ценообразования в здравоохранении, определение уровня оплаты платных услуг (с тем, чтобы бы он был приемлем для населения, и обеспечивал рентабельность медицинских учреждений).

- **Четвертая группа проблем** связана с определением ожидаемых результатов профессиональной и экономической деятельности, их сопоставлением с планируемыми результатами.
- Речь идет о вопросах эффективности в здравоохранении. Применительно к здравоохранению определяется **три типа эффективности: медицинская, экономическая, социальная.**

- **Медицинская эффективность здравоохранения** может измеряться различными показателями, характеризующими качество медицинской помощи (летальность, процент осложнений, процент выздоровления, ранняя выявляемость наиболее распространенных заболеваний - ГБ, ИБС, ХНЗЛ, онкологические болезни и др., частота выявления запущенных случаев, своевременность оказания медицинской помощи, число не болевших лиц («индекс здоровья») и т.п.)

- **Социальная эффективность здравоохранения** может измеряться такими показателями как увеличение продолжительности жизни, снижение числа заболеваний, увеличение числа сохраненных жизней, увеличение числа лет жизни, проведенных населением в трудоспособном возрасте и т.д., которое стало возможным благодаря проведению медицинских и социальных мероприятий.

- **Экономическая эффективность здравоохранения** представляет собой денежное выражение медицинской и социальной эффективности. А измерителями ее служат стоимость ликвидации или снижения некоторых заболеваний, причин смерти и др.
- **Экономическая эффективность = результат / затраты**

- Рассматривая проблемы экономической эффективности здравоохранения, всегда нужно помнить, что экономическая выгода не должна вступать в противоречие с медицинской социальной целесообразностью.
- Например, при организации медицинского обслуживания пожилых людей с хроническими и дегенеративными заболеваниями, больных с умственной отсталостью и некоторых групп при явной медицинской и социальной эффективности экономический эффект будет отрицательным.

- Чтобы достигнуть максимальных результатов в здравоохранении при заданной деятельности необходимо уметь определять следующие наиболее важные показатели:
- 1 Общая стоимость медицинского обслуживания.
- 2.Общий экономический ущерб в связи с заболеваемостью.
- 3.Предотвращенный экономический ущерб.
- 4.Критерий экономической эффективности медицинской помощи.

- К примеру, затраты на предоставление услуг неизлечимому больному, с медицинской точки зрения, совершенно неэффективны. Болезнь вылечить не удастся, «зло» в данном случае (по определению Гиппократа) превосходит средства медицины. Экономической эффективности мы здесь также не можем обнаружить, так как пациент уже не только не вернется в строй полноценных работников, не будет участвовать в создании прибыли, производстве национального дохода и т.д., но и во многих случаях просто не сможет оплатить свое лечение.

- Но, с точки зрения социальной эффективности, эти, казалось бы, бесперспективные затраты приобретают совершенно особое значение и имеют вполне определенный результат, воплощенный в соответствующей нравственной атмосфере, господствующей в данном обществе. Поэтому социальная и медицинская эффективность в плане ожидаемых результатов должны быть приоритетными, а экономическая (т.е. получение прибыли, превышение выгод или доходов над расходами), соответственно, занимать второе место. Именно такое расположение приоритетов при их практическом сочетании в целом характерно для любого этапа развития медицины на макроэкономическом уровне.

- Сложнее дело обстоит с этими же приоритетами на микроэкономическом уровне. Если медицинское учреждение или частнопрактикующий врач на первое место ставит экономическую эффективность, то их функционирование как хозяйствующих субъектов происходит по обычной модели любого коммерческого предприятия.

- **Пятая группа проблем** связана с конкретным определением полученного результата услугопроизводящей деятельности лечебно-профилактического учреждения.
- Для этого экономика здравоохранения занимается разработкой экономической нормативной базы отрасли. Создана и постоянно совершенствуется система показателей, количественно характеризующих результаты, как медицинской профессиональной работы, так и хозяйственной деятельности в здравоохранении. Например, применительно к больнице к первой группе показателей (характеризующей результаты профессиональной деятельности) относятся показатели использования коечного фонда (оборот койки, средняя длительность работы койки в году и др.); ко второй (определяющей результаты хозяйственной деятельности, экономические результаты) — стоимостные показатели (стоимость содержания одной койки в год, одного койко-дня и др.).

- **Шестая группа проблем** состоит в том, как управлять экономическими процессами, протекающими в медицинских учреждениях? Труд производство, т.е. экономическая деятельность как таковая, будучи сознательным целенаправленным процессом, должны быть управляемыми.
- Изучение вопросов медицинского менеджмента, экономического и административно-правового регулирования хозяйственного механизма отрасли составляет важный раздел экономики здравоохранения.

- **Седьмая и последняя группа проблем** может быть сформулирована следующим образом: «Как достигнуть экономического успеха?»
- В рамках этого комплекса проблем экономика здравоохранения исследует такие вопросы, как спрос, предложение и ценообразование в области медицинских услуг, медицинский маркетинг, реклама, психология потребителя и целый ряд других чрезвычайно важных вопросов.

- **Место экономики здравоохранения в структуре экономической науки**
- Современная структура экономической науки в целом включает в себя ряд крупных разделов.
- **Первый раздел** составляет экономика как базовая фундаментальная научная дисциплина. Это экономическая теория «экономика» — является родоначальницей всех других направлений научных исследований.

- **Второй раздел** составляют отраслевые экономические науки. Их задача — исследовать особенности экономических процессов в отдельной отрасли или группе отраслей народного хозяйства. Своеобразие экономических процессов в здравоохранении обусловило возникновение и развитие экономики здравоохранения.

- **Третий раздел** включает прикладные экономические науки, рассматривающие проблемы отдельных практических задач, общих для всех отраслей хозяйства. К их числу относятся бухгалтерский учет, финансы, кредит, управление (менеджмент) и т.д.
- Четвертый раздел составляют специальные экономические науки, развивающиеся на стыке экономики и различных гуманитарных и естественных наук. Здесь можно назвать такие, как экономическая география, экономическая история, экономическая статистика, хозяйственное право и др.

- Следует отметить, что экономика здравоохранения не может существовать в отрыве от родственных ей экономических наук и медицины. Так, медицинская деятельность, которая осуществляется в определенных организационно-хозяйственных формах, дает экономике здравоохранения объект исследования, т.е. то, ради чего она и существует. У экономической теории экономика здравоохранения заимствует понятия, терминологию. Прикладные экономические науки привлекаются для экономических исследований здравоохранения на микро-, а специальные – для исследований на макроуровне. У гуманитарных наук экономика здравоохранения воспринимает определенную идеологию, мировоззрение.

- **Важнейшими методами** разработки возникающих проблем, применяемыми в экономической науке в целом и в ее отдельных блоках и элементах, являются следующие:

- **1. Анализ.** Используя этот метод при рассмотрении производства и потребления услуг, оказываемых здравоохранением, мы можем вычлениить и исследовать отдельно объект (предмет) труда, средства и условия труда, результат труда медицинских работников, структурировать состав потребностей, необходимых ресурсов, затрат (издержек) и т.п.
- В процессе анализа мышление идет от общего к частному, то есть происходит расчленение исследуемого явления на его составляющие части и стороны.

- **2. Синтез** предполагает объединение элементов в систему, установление взаимозависимости и взаимообусловленности между ними: совокупность предметов, средств и условий труда составляет категорию «средства производства»; в соединении с трудовым потенциалом — это производительные силы общества; сложное единство производительных сил и экономических отношений составляет основу экономической системы и т.п. Например, при проведении эксперимента по внедрению новых форм и методов хозяйствования в разных регионах России был накоплен большой конкретный опыт, что требовало углубленного анализа и оценки. На последующем этапе потребовалось применение метода синтеза для того, чтобы выделить общие для всех регионов положительные и отрицательные моменты, наметить дальнейшие пути совершенствования системы управления здравоохранением.

- **3. Дедукция.** Применяя метод дедукции, можно сопоставлять общие, особенные и единичные черты какого-либо процесса или явления хозяйственной жизни. Например, производство — общая родовая черта существования людей; производство услуг — особенная, а производство услуг здравоохранения — единичная.

- **4. Индукция** — это обратный процесс восхождения от частного (единичного) к общему. Так, услугу данному пациенту оказал данный врач; однако врачи, его коллеги - это персонал услугопроизводящего предприятия. Все предприятия, создающие услуги здравоохранения, — это отрасль экономики. Все отрасли составляют народное хозяйство, а вся совокупность государств выводит нас на уровень международных экономических отношений.

- **5. Научная абстракция** позволяет развивать категориальный состав, понятийный аппарат исследования. От конкретного товара мы можем перейти к рассмотрению абстрактной (обобщенной, освобожденной от конкретных черт) экономической категории товар. Так же возникают другие категории: деньги, рынок, спрос, предложение, цена и т.п.

- **6. Математические и статистические методы и методики исследования** помогают вскрыть количественную связь экономических переменных. Каждое явление, каждый процесс должны изучаться всесторонне, в неразрывной связи их качественных и количественных составляющих.

- Например, при проведении экспертной деятельности страховые медицинские организации уделяют большое внимание таким вопросам, как количество госпитализаций (в зоне обслуживания того или иного амбулаторно-поликлинического учреждения) — в целом, в отдельных возрастно-половых группах, при разных нозологических формах; количество услуг, оказанных в приемном покое, объем финансовых средств, затраченных на разные виды медицинской помощи и т.д. Анализ полученных данных позволяет оценить качество деятельности тех или иных медицинских учреждений и принять конкретные финансово-административные, управленческие решения, позволяющие оптимизировать ситуацию. При этом, чем в большей степени количественные показатели будут отражать качественные закономерности изучаемых процессов, тем более эффективными будут приняты управленческие решения.

- Математическое моделирование со второй половины XIX века играет весьма существенную и все возрастающую роль в экономических исследованиях. Вместе с тем не следует забывать о том, что за столбцами статистических данных, формулами расчетов и графиками стоят живые люди с их судьбами, надеждами, болью и страданием.

- **7. Единство логического и исторического.** Этот важный метод дает возможность уловить объективную логику в развитии исторического процесса. Например, обращаясь к давним этапам истории человечества, мы с логической предопределенностью можем утверждать, что, скажем, в средневековой Руси не существовало разветвленной сети лечебно-профилактических учреждений, оснащенных сложной техникой, не действовала система медицинского страхования, отсутствовала высшая школа подготовки медицинских кадров и т.п. Здравоохранение в эту эпоху соответствовало общему уровню развития данной цивилизации.

- **8. Балансовый метод** представляет собой совокупность приемов экономических расчетов. Он используется для обеспечения строго определенного количественного соотношения между какими-либо составляющими, например: между потребностями и возможностями их удовлетворения (в том или ином виде медицинских услуг, медицинской технике, финансовых ресурсах); между доходной и расходной частями бюджета и т.д. Схема экономических балансов строится по принципу равенства величин: а) ресурсов и б) возможностей их использования (с учетом создания резервов).

- **9. Прогнозирование** как один из методов представляет научное предвидение наиболее вероятных изменений состояния отрасли здравоохранения, потребностей общества в медицинских услугах, производственных возможностей медицины, направлений технического прогресса отрасли и т.д. Прогнозирование позволяет предвидеть проблемы, которые потребуются решить для достижения каких-то целей.

- **10.** Одним из распространенных методов в настоящее время является **экспериментальный**. Поиск тех или иных методов повышения эффективности системы здравоохранения на примере нескольких регионов или отдельных медицинских учреждений имеет большое практическое значение.
- В качестве примера широкомасштабного экономического эксперимента в здравоохранении может рассматриваться внедрение нового хозяйственного механизма (конец 1980-х годов). Именно тогда впервые в здравоохранении возникли, например, такие новые формы организации труда, как бригадный, коллективный подряд, которые имели своей целью увязать уровень оплаты труда с его количественными и качественными результатами.

- Важным направлением исследования экономики здравоохранения является изучение и совершенствование форм хозяйствования. При этом основной задачей такого совершенствования является создание механизма материальной заинтересованности медицинских работников в конечных результатах труда.

- Возможны две модели хозяйственного механизма:
- преимущественно административная система управления;
- система управления, основанная на экономических методах хозяйствования.
- Вторая модель появилась в отечественном здравоохранении в конце 1980-х годов и получила название нового хозяйственного механизма (НХМ).

- Экономика здравоохранения – это наука, которая воспринимается, прежде всего как экономика одной из отраслей народного хозяйства страны, выполняющей функции сохранения и укрепления здоровья граждан, предотвращения заболеваний и их распространения, оказания широкого спектра медицинских и фармацевтических услуг.

- Предмет экономики здравоохранения определяется областью и содержанием, методами и формами экономической деятельности, непосредственно связанной с охраной здоровья, выполнением соответствующих функций. Поэтому при определении данного предмета приходится, прежде всего, исходить из состава, содержания, сущности самой деятельности системы здравоохранения, направленной на сохранение, поддержание, укрепление, восстановление здоровья людей.

- Экономическая деятельность, относимая к экономике здравоохранения, есть совокупность мер, действий, призванных создать хозяйственную основу, экономическое обеспечение основной, целевой, т.е. медицинской деятельности, привлечь необходимые для нее экономические ресурсы, в том числе денежные средства, организовать хозяйственный оборот средств, используемых в медицине.

- Экономика здравоохранения — это отраслевая экономика, обладающая в то же время выраженными региональными признаками. В этом свете предмет экономики здравоохранения тесно связан с понятиями «отрасль» и «экономика отрасли».

- Отрасль — это область экономической деятельности, характеризующаяся определенным единством выполняемых функций, видов и назначения создаваемого продукта, применяемых технологических процессов. Одновременно это однородные организации, предприятия, компании, фирмы, занятые производством аналогичной продукции, осуществлением схожих работ, выполнением однотипных услуг, удовлетворением сходных потребностей.

- Четко определить границы экономики здравоохранения, отделяющие ее от экономики других отраслей, не представляется возможным, так как зачастую одни и те же экономические объекты, процессы, ресурсы, виды деятельности связаны не только с охраной здоровья, но и с решением других задач. Кроме того, в самой экономической науке не сформировалось общепринятого представления о пределах области экономики здравоохранения.

- Здоровье теснейшим образом связано с жизнеспособностью, поэтому любая деятельность по поддержанию жизни может рассматриваться одновременно как способ укрепления здоровья, и наоборот. Например, медицинской наукой доказано, что уровень здоровья на 85—90% определяется условиями и образом жизни людей, включающими условия труда и отдыха, питание, быт, жилье, морально-психологический климат, состояние окружающей среды. Собственно медицина в узком смысле слова предопределяет уровень здоровья людей только на 10—15%.

- Соответственно в широком смысле слова к экономике здравоохранения правомерно относить всю обширную систему экономических ресурсов и видов экономической деятельности, направленных на обеспечение здорового образа жизни людей, поддержание нормальной жизнедеятельности, условий физиологического функционирования организма человека, на продление жизни.
- Справедливо утверждать, что вся экономика, любые ее отрасли связаны со здоровьем людей и оказывают на него определенное влияние, но отсюда не вытекает, что экономику этих отраслей следует относить к экономике здравоохранения.

- Исходя из изложенных выше соображений, под экономикой здравоохранения в узком смысле слова мы будем понимать экономику организаций, учреждений, предприятий, предпринимателей, других хозяйствующих субъектов, использующих чаще всего ограниченные ресурсы для осуществления медицинской, медико-профилактической, фармацевтической, санитарно-противоэпидемической, лечебно-оздоровительной, медико-исследовательской и медико-организаторской деятельности в любых ее формах.

- Предмет экономики здравоохранения включает изучение экономических факторов, оказывающих влияние на здоровье людей вне зависимости от их отраслевой природы и принадлежности. В этом смысле предмет экономики здравоохранения носит выраженный межотраслевой характер. Экономика здравоохранения как область экономической науки изучает также специфические закономерности и особые формы протекания экономических процессов и формирования экономических отношений в медицине в их взаимосвязи с общеэкономическими явлениями.

- Ценообразование на медицинские услуги и товары
- Ценообразование – это процесс образования цен, определения уровня и поиска их оптимального сочетания. С помощью ценообразования решаются, прежде всего, такие задачи, как расширение рынка сбыта медицинских услуг, увеличение прибыли между спросом и предложением услуг, объемом денежных средств и объемом оказываемых услуг, создание необходимых условий оптимальной пропорциональности потребления и накопления.

- В зависимости от факторов, воздействующих на формирование цены сформировались два основных подхода к установлению цен:
- рыночный;
- затратный (производственный).
- В условиях рыночного способа ценообразования определяющий фактор – конъюнктура рынка, спрос и предложение товара. Рыночный способ соответствует формированию цен на свободном рынке купли-продажи, где цена устанавливается самим рынком, процессом торга между продавцами и покупателями. Применительно к рыночному ценообразованию: «Цена – это форма выражения ценности благ, проявляющаяся в процессе их обмена».

- При затратном подходе в основу установления цены товара кладутся денежные затраты, связанные с производством и продажей товара. Затратный подход позволяет рассчитать, вычислить цену еще до продажи товара (характерен для государственных и муниципальных учреждений здравоохранения).
Применительно к затратному подходу: Цена – денежное выражение стоимости товара.

- Затратный механизм ценообразования строится с учетом того, что производитель и продавец, реализуя товар, услугу по определенной цене, должны не только возмещать издержки, затраты, но и получать дополнительный доход в виде прибыли.
- $Ц = С + ПР \pm Д$, где:
- Ц – цена единицы товара, единичной услуги;
- С – издержки производства и обращения единицы товара, услуги (расходы на затрачиваемые факторы производства), себестоимость товара, услуги;
- ПР – прибыль, получаемая производителями (продавцами) в результате производства и продажи товара;
- Д – надбавки к цене (со знаком плюс) или скидки с цены (со знаком минус).
- Прибыль – это дополнительная (сверх себестоимости товара) плата, которую вынужден вносить покупатель, чтобы приобрести единицу товара или услуги.
- Себестоимость – это сумма всех видов затрат, издержек на производство и продажу единицы товара, услуги.
- Наиболее распространено определение себестоимости медицинских услуг калькуляционным способом, посредством суммирования отдельных видов затрат на производство и реализацию услуг.

- Основные затраты включают:
- Материальные затраты (за вычетом стоимости возвратных отходов):
 - медикаменты и перевязочные средства;
 - продукты питания;
 - хозяйственные материалы, канцелярские принадлежности;
 - топливо, горючее и смазочные материалы;
 - материалы для учебных, научных и других целей.
- Затраты на малоценные и быстроизнашивающиеся предметы:
 - медицинские инструменты и приспособления, хозяйственный инвентарь и принадлежности;
 - инвентарь.

- Оплату основного и вспомогательного персонала с начислениями.
- Амортизационные отчисления на восстановление.
- Затраты на проведение текущего ремонта основных производственных средств.

- В себестоимость включают также:
 - затраты на подготовку и переподготовку кадров;
 - затраты на направление больных на лечение в другие местности;
 - затраты на патронирование детей, инвалидов;
 - затраты медицинских учреждений, связанные с лицензированием и сертификацией;
 - оплату труда студентов вузов и учащихся средних специальных заведений, проходящих практику в учреждениях здравоохранения;
 - выплаты пособий, предусмотренных законодательством;
 - выплаты вознаграждений за выслугу лет;
 - затраты на рекламу, участие в выставках в пределах норм, утвержденных в установленном порядке;
 - плату за аренду основных средств производства;
 - затраты на оплату процентов по полученным кредитам;
 - вознаграждения за изобретения и рационализаторские предложения, оказание специальных услуг;
 - оплату коммунальных услуг;
 - оплату консультационных, информационных и аудиторских услуг;
 - представительские расходы в пределах, установленных законодательством.

- Методы определения калькуляционных затрат можно разделить на два вида:
- Нормативный метод – затраты вносятся в калькуляцию по нормативам, определяемым медицинскими технологиями. Нормативный метод калькуляции применяется при формировании договорных и прейскуранных цен.
- Ограничительный метод предусматривает внесение затрат исходя из расчета финансовых ресурсов и объема деятельности.

Источниками финансового обеспечения в сфере охраны здоровья являются средства:

- средства федерального бюджета,
- бюджетов субъектов Российской Федерации, местных бюджетов,
- средства обязательного медицинского страхования,
- средства организаций и граждан,
- средства, поступившие от физических и юридических лиц, в том числе добровольные пожертвования, и иные не запрещенные законодательством Российской Федерации источники.

1. Финансовое обеспечение оказания гражданам первичной медико-санитарной помощи осуществляется за счет:

- 1) средств обязательного медицинского страхования;
- 2) бюджетных ассигнований федерального бюджета, бюджетов субъектов Российской Федерации, выделяемых на финансовое обеспечение реализации территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (в части медицинской помощи, не включенной в программы обязательного медицинского страхования, а также расходов, не включенных в структуру тарифов на оплату медицинской помощи, предусмотренную в программах обязательного медицинского страхования);
- 3) иных источников в соответствии с настоящим Федеральным законом.

Финансовое обеспечение оказания гражданам специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи осуществляется за счет:

- 1) средств обязательного медицинского страхования;
- 2) бюджетных ассигнований бюджетов субъектов Российской Федерации, выделяемых в рамках территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (в части медицинской помощи, не включенной в территориальные программы обязательного медицинского страхования, а также расходов, не включенных в структуру тарифов на оплату медицинской помощи, предусмотренную в территориальных программах обязательного медицинского страхования);
- 3) бюджетных ассигнований федерального бюджета, выделяемых федеральным медицинским организациям (в части медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, а также расходов, не включенных в структуру тарифов на оплату медицинской помощи, предусмотренную в базовой программе обязательного медицинского страхования);
- 4) иных источников в соответствии с настоящим Федеральным законом.

Финансовое обеспечение оказания гражданам скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи осуществляется за счет:

- 1) средств обязательного медицинского страхования;
- 2) бюджетных ассигнований бюджетов субъектов Российской Федерации, выделяемых на финансовое обеспечение реализации территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (в части медицинской помощи, не включенной в территориальные программы обязательного медицинского страхования, а также расходов, не включенных в структуру тарифов на оплату медицинской помощи, предусмотренную в территориальных программах обязательного медицинского страхования);
- 3) бюджетных ассигнований федерального бюджета, выделяемых федеральным медицинским организациям, включенным в перечень, утвержденный уполномоченным федеральным органом исполнительной власти (в части медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, а также расходов, не включенных в структуру тарифов на оплату медицинской помощи, предусмотренную в базовую программу обязательного медицинского страхования).

Финансовое обеспечение оказания гражданам паллиативной медицинской помощи осуществляется за счет:

- 1) бюджетных ассигнований бюджетов субъектов Российской Федерации, выделяемых в рамках территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;
- 2) иных источников в соответствии с настоящим Федеральным законом.

Финансовое обеспечение санаторно-курортного лечения граждан, за исключением медицинской реабилитации, осуществляется за счет:

- 1) бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов, выделяемых для отдельных категорий граждан, установленных законодательством Российской Федерации, и бюджетных ассигнований федерального бюджета, выделяемых федеральным органам исполнительной власти на оказание государственных услуг по санаторно-курортному лечению;
- 2) иных источников в соответствии с настоящим Федеральным законом.

Оплата медицинских услуг

- Граждане имеют право на получение платных медицинских услуг, предоставляемых по их желанию при оказании медицинской помощи, и платных немедицинских услуг (бытовых, сервисных, транспортных и иных услуг), предоставляемых дополнительно при оказании медицинской помощи.
- 2. Платные медицинские услуги оказываются пациентам за счет личных средств граждан, средств работодателей и иных средств на основании договоров, в том числе договоров добровольного медицинского страхования.

- Платные медицинские услуги могут оказываться в полном объеме стандарта медицинской помощи либо по просьбе пациента в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

- Медицинские организации, участвующие в реализации [программы](#) государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, имеют право оказывать пациентам платные медицинские услуги:
- 1) на иных условиях, чем предусмотрено программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, территориальными программами государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и (или) целевыми программами;
- 2) при оказании медицинских услуг анонимно, за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации;
- 3) гражданам иностранных государств, лицам без гражданства, за исключением лиц, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию, и гражданам Российской Федерации, не проживающим постоянно на ее территории и не являющимся застрахованными по обязательному медицинскому страхованию, если иное не предусмотрено международными договорами Российской Федерации;
- 4) при самостоятельном обращении за получением медицинских услуг, за исключением случаев и порядка, предусмотренных [статьей 21](#) настоящего Федерального закона.

- Отказ пациента от предлагаемых платных медицинских услуг не может быть причиной уменьшения видов и объема оказываемой медицинской помощи, предоставляемых такому пациенту без взимания платы в рамках [программы](#) государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.
- 7. [Порядок](#) и условия предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг пациентам устанавливаются Правительством Российской Федерации.
- 8. К отношениям, связанным с оказанием платных медицинских услуг, применяются положения [Закона](#) Российской Федерации от 7 февраля 1992 года N 2300-1 "О защите прав потребителей".
-

**ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПРАВИЛ
ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКИМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ ПЛАТНЫХ
МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

- Платные медицинские услуги предоставляются медицинскими организациями на основании [перечня](#) Платные медицинские услуги предоставляются медицинскими организациями на основании перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность и указанных в лицензии на осуществление медицинской деятельности, выданной в установленном [порядке](#).
- 4. Требования к платным медицинским услугам, в том числе к их объему и срокам оказания, определяются по соглашению сторон договора, если федеральными законами, иными нормативными правовыми актами Российской Федерации не предусмотрены другие требования.
- 5. Настоящие Правила в наглядной и доступной форме доводятся исполнителем до сведения потребителя (заказчика).

Условия предоставления платных медицинских услуг

- При заключении договора потребителю (заказчику) предоставляется в доступной форме информация о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках [программы](#) государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее - соответственно программа, территориальная программа).
- Отказ потребителя от заключения договора не может быть причиной уменьшения видов и объемов медицинской помощи, предоставляемых такому потребителю без взимания платы в рамках программы и территориальной программы.

- 7. Медицинские организации, участвующие в реализации программы и территориальной программы, имеют право предоставлять платные медицинские услуги:
- а) на иных условиях, чем предусмотрено программой, территориальными программами и (или) целевыми программами, по желанию потребителя (заказчика), включая в том числе:
- установление индивидуального поста медицинского наблюдения при лечении в условиях стационара;
- применение лекарственных препаратов, не входящих в [перечень](#) жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, если их назначение и применение не обусловлено жизненными показаниями или заменой из-за индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, входящих в указанный перечень, а также применение медицинских изделий, лечебного питания, в том числе специализированных продуктов лечебного питания, не предусмотренных стандартами медицинской помощи;
- б) при предоставлении медицинских услуг анонимно, за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации;
- в) гражданам иностранных государств, лицам без гражданства, за исключением лиц, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию, и гражданам Российской Федерации, не проживающим постоянно на ее территории и не являющимся застрахованными по обязательному медицинскому страхованию, если иное не предусмотрено международными договорами Российской Федерации;
- г) при самостоятельном обращении за получением медицинских услуг, за исключением случаев и порядка, предусмотренных [статьей 21](#) Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", и случаев оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи и медицинской помощи, оказываемой в неотложной или экстренной форме.

Медицинские организации, участвующие в реализации программы и территориальной программы, имеют право предоставлять платные медицинские услуги:

- а) на иных условиях, чем предусмотрено программой, территориальными программами и (или) целевыми программами, по желанию потребителя (заказчика), включая в том числе:
 - установление индивидуального поста медицинского наблюдения при лечении

- Порядок определения цен (тарифов) на медицинские услуги, предоставляемые медицинскими организациями, являющимися бюджетными и казенными государственными (муниципальными) учреждениями, устанавливается органами, осуществляющими функции и полномочия учредителей.
- Медицинские организации иных организационно-правовых форм определяют цены (тарифы) на предоставляемые платные медицинские услуги самостоятельно.

- При предоставлении платных медицинских услуг должны соблюдаться [порядки](#) оказания медицинской помощи, утвержденные Министерством здравоохранения Российской Федерации.
- 10. Платные медицинские услуги могут предоставляться в полном объеме стандарта медицинской помощи, утвержденного Министерством здравоохранения Российской Федерации, либо по просьбе потребителя в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

- **Здравоохранение в зарубежных странах.
Всемирная организация здравоохранения.**

Рассматривая все системы здравоохранения, можно выделить три основные формы их организации:

преимущественно частную, страховую, государственную.

Есть также и смешанные варианты.

- В чистом виде частное здравоохранение сейчас не существует, да к тому же во многих развитых странах стараются не допустить или существенно ограничивают непосредственную оплату медицинской помощи пациентами.

- Сложилось две системы медицинского страхования — обязательное (по оплате взноса) для всех с модификациями (платит работник или работодатель, или же они платят совместно в определенных пропорциях), когда страховой полис является гарантом получения любой помощи, кроме особых случаев, и добровольное или частное, когда сам человек непосредственно страхует себя на случай получения той или иной медицинской помощи.

- Первая система основана на четко выраженной общественной солидарности, а вторая является сугубо индивидуальной и, хотя страхует индивидуальные риски, она также содержит элементы солидарности, ибо застрахованный, заплатив небольшие взносы, в случае необходимости получает помощь в соответствии со своей страховкой в полном объеме за счет средств, внесенных другими застрахованными.

- Система страхования определяет целенаправленность страхового взноса, который может быть использован только в чисто медицинских целях, а также ограниченность роли правительства, которое при обязательном медицинском страховании определяет перечень основных видов помощи, оказываемых в рамках системы, определяет группы застрахованных и величину страхового взноса, устанавливает правила взаимодействия всех участвующих сторон, разрешает конфликтные ситуации, готовит правовые основы функционирования такой системы, контролирует финансовые потоки.

- Характерным для государственной модели является финансирование за счет общего налогообложения с последующим государственным распределением собранных средств. Национальная система здравоохранения предполагает равные права в получении медицинской помощи всех граждан, а также контроль за функционированием системы со стороны парламента, прозрачность финансовых потоков, подотчетность здравоохранения развитой общественности и т.п., что составляет основы парламентаризма, законности, демократии и гражданского общества в стране. При этом должно иметь место высокое чувство ответственности за здоровье, поскольку для налоговой системы характерна безадресность, и исполнительная власть вполне может расходовать бюджетные средства в соответствии с предложенным ею же их распределением по законодательно утвержденным статьям.

Сравнительный анализ систем здравоохранения, действующих на основе обязательного и добровольного медицинского страхования (Франция, Германия).

- Эксперты ВОЗ считают лучшей в мире систему здравоохранения Франции. Законодательством республики утвержден единый порядок страхования, которым охвачено 80 процентов населения. Система, включающая в себя более 90 компаний (их называют “кассами”), контролируется государством на общенациональном уровне. Пополнение финансовых средств осуществляется путем введения страховых налогов, что формирует 90 процентов фонда.

- Высший комитет здравоохранения, возглавляемый министром, определяет цели и задачи в этой области. Национальное агентство по аккредитации больниц занимается оценкой деятельности и качества услуг в медицинских учреждениях, а также экономических аспектов в секторе здравоохранения.

Все медицинские учреждения Франции можно разделить на три типа: государственные больницы, частные клиники и благотворительные структуры. К числу первых на сегодня относятся 1032 региональные, университетские, локальные и общие больницы.

- Преимуществом является тесное сотрудничество между общественными и частными медицинскими структурами, которое позволяет избежать списков ожидания на выполнение хирургических манипуляций. Частные лечебные учреждения Франции работают очень активно и выполняют более 50% хирургических вмешательств, а также проводят лечение 60% случаев злокачественных новообразований.

- При оказании амбулаторной помощи врачи получают вознаграждение за каждую услугу в соответствии с условиями договора, заключенного с национальными страховыми кассами. Врачи, не включенные в национальную систему медицинского страхования, могут устанавливать собственные цены на услуги, которые могут превышать официально установленные в среднем на 50%, при этом разницу оплачивает сам пациент.

- Предусмотренные законодательством профилактические мероприятия включают как инициирование раннего обращения за врачебной помощью, так и проведение образовательных курсов в организованных коллективах для формирования у населения элементарных знаний о болезнях и для предотвращения опасного поведения среди подростков.

- Все превентивные и общеобразовательные проекты здравоохранения находятся под контролем Национального института профилактики и образования о здоровье, который в своей работе руководствуется утвержденными законодательством протоколами по общественному здоровью. В 2006 г. министр здравоохранения инициировал Национальную ассамблею по профилактике с целью проведения анализа действующих превентивных методов и разработки новых подходов, соответствующих нуждам населения.

- Подобная французской система существует и в Германии, причем введена она была еще Отто фон Бисмарком в 80-е годы позапрошлого века. Медицинское страхование строится на принципе солидарности: все работающие вносят деньги в так называемую “больничную кассу”, а из нее оплачивается необходимое человеку лечение. Эта система касается более 90 процентов населения Германии (еще 8 процентов, в основном наиболее обеспеченные граждане, охвачены частным медицинским страхованием), и управляется она правительственным агентством. Расходы Германии на медицинские цели составили в 2004 году 10,7 процента ВВП. В результате германское здравоохранение удостоилось 25-го места в рейтинге ВОЗ.

- В настоящее время “кассы” стали больше расходовать, чем получать, дефицит измеряется миллиардами евро. Сказываются и демографическая ситуация (рождаемость падает, стариков становится больше, число работающих сокращается), и рост цен на медицинскую аппаратуру и лекарства, и коррупция в страховых компаниях.

- В Германии врачи амбулаторного звена получают оплату за услугу, стоимость которой определяется путем деления согласованного объема глобального бюджета на число оказанных всеми врачами услуг. В определенной мере разновидностью глобального бюджета можно считать и подушевое финансирование. Суть перспективного глобального бюджета состоит в том, что общие расходы фиксированы и заранее известны больнице и плательщику (например, страховщику), стимулируя больницу более эффективно использовать этот бюджет, что в разных странах при прочих равных условиях привело к достаточно весомому сокращению расходов на здравоохранение.

Деятельность систем здравоохранения с преимущественным развитием государственной системы финансирования (Великобритания).

- В Англии действует Национальная служба здравоохранения (НСЗ), куда поступает часть налоговых сборов государства. Личные расходы самих пациентов в финансировании НСЗ составляют, согласно официальной статистике, всего 3,4 процента. Это позволяет сделать медицинское обслуживание бесплатным для граждан Великобритании. Однако граждане, высказывают недовольство уровнем медицинского обслуживания: в больницах НСЗ большие очереди и врачи недостаточно квалифицированы.

- Для предоставления пациенту медицинские услуги лучшего качества и в более короткие сроки с 2002 года больницы стали финансироваться государством в зависимости от количества принятых пациентов. Кроме того, государственную сферу здравоохранения стали больше открывать для оказания платных услуг частным сектором.

- В Англии врачи общей практики работали по контракту, где в обязательной части были зафиксированы численность и структура прикрепленного населения (каждая возрастнополовая группа имела свой коэффициент потребления, причем наибольшие коэффициенты справедливо имели дети и престарелые: 01 года — 3,7; 14 лет — 2,7; 518 лет — 2,2; 1944 лет — 1,0; 4549 лет — 2,2; 60 лет и старше — 3,2), объемы гарантированных видов медицинской помощи, а в дополнительной части — дополнительные услуги (прием на дому, визиты на дом, оказание малой хирургической помощи), а также гарантированный уровень качества медицинской помощи.

- Оплата по количеству обслуживаемого населения предполагает возможность соблюдения преемственности лечения, поскольку врач оказывает помощь своим пациентам практически круглосуточно, например, в Англии врачи общей практики в среднем в неделю работают 78 часов. С другой стороны, этот принцип приводит к недостаточной заинтересованности врача в результатах своей работы, к ненужным (или перестраховочным) направлениям к другим специалистам и к выписке ненужных рецептов, в т.ч. по сговору с фармацевтами. В то же время, оплата амбулаторной помощи в расчете на одного прикрепленного жителя способствует праву выбора пациентом врача, стимулирует врача к участию в конкурсе при вакансиях и к отъезду в отдаленные районы, где легче набрать число прикрепленных жителей, обеспечивающих оплату труда врача.

- Государственные системы здравоохранения бюрократизированы, неэффективно тратят средства и плохо управляются. Имеет место увеличение очередей пациентов в кабинеты врачей. Пациенты не имеют возможности выбора врача или выбора времени визита. В Великобритании ежегодно 800 тыс. человек месяцам ждут необходимой им госпитализации.

Система частного страхования как формы финансирования здравоохранения на примере США

- Система частного добровольного медицинского страхования (ДМС), практически не предполагает финансирование из общественных фондов потребления. При этом средства поступают из частных страховых фондов здравоохранения, из частных источников, из прямых выплат производителю медицинских. Система частного страхования в США подразумевает, что наличие страхового полиса дает возможность обращаться к любому врачу, а затем получать возмещение расходов на лечение и лекарства. Но высокая стоимость страховки (для семьи из четырех человек она в среднем составляет 500 долл. в месяц) делает эту форму недоступной для многих граждан США. Факт, что сегодня 40 млн американцев не имеют страховки.

- США тратят на здравоохранение больше средств, чем любая другая страна мира. В 2000 году на одного американца, в среднем, было истрачено \$4.5 тыс., причем следующая за США по уровню затрат Швейцария (используется смешанная государственно-частная система финансирования медицинских услуг) значительно уступает лидеру (\$3.3 тыс.). Однако средняя продолжительность жизни в этих странах также отличается, но не в пользу США: в США этот показатель равен 77 годам, в Швейцарии - 80-ти. Еще больший диссонанс возникает при сравнении США и Кубы (государственная система медицины). В этих странах продолжительность жизни приблизительно одинаковая, а затраты на медицину на Кубе - одни из самых низких в мире (\$186 на душу населения. Американские эксперты считают, что среднестатистический показатель затрат на здравоохранение скрывает реальное неравенство различных слоев населения США в доступе к медицинским услугам.

-

В 2004 году американцы потратили на здравоохранение \$1.8 трлн., то есть, 15.3% валового внутреннего продукта страны. Это рекордно высокая доля ВВП, затрачиваемая на программы здравоохранения. Для сравнения, в Швейцарии на эти цели тратится 10.9% ВВП, в Германии - 10.7%, в Канаде - 9.7%, во Франции - 9.5%.

В 2005 году в США на 1 тыс. человек приходилось 4.1 больничной койки. Это был наименьший показатель среди всех индустриально развитых стран. Для сравнения, в 2003 году во Франции на 1 тыс. человек приходилось 8.9 коек, в Германии - 9.7, в Японии - 16.2. В США больной проводит в госпитале в восемь раз меньше времени, чем в Японии.

- Основная доля расходов на здравоохранение вызвана более высокими тарифами на оплату труда его работников и продукцию фармацевтических предприятий, в сравнении с жителями прочих развитых стран. Основная проблема системы здравоохранения США - ее фактическая недоступность для людей с низкими доходами, у которых нет медицинской страховки.

ВОЗ

- ВОЗ является направляющей и координирующей инстанцией в области здравоохранения в рамках системы Объединенных Наций. Она несет ответственность за обеспечение ведущей роли при решении проблем глобального здравоохранения, составление повестки дня для научных исследований в области здравоохранения, установление норм и стандартов, разработку политики на основе фактических данных, обеспечение технической поддержки странам, а также контроль за ситуацией в области здравоохранения и оценку динамики ее изменения.
- В 21-м веке охрана здоровья является общей обязанностью, которая включает обеспечение справедливого доступа к основным видам медико-санитарной помощи и общую защиту от транснациональных угроз

Реформа ВОЗ

- ВОЗ проводит реформы с целью обеспечения больших возможностей для принятия надлежащих мер в отношении усугубляющихся проблем охраны здоровья людей в 21-м веке.

- ВОЗ необходимо обладать достаточной гибкостью для реагирования на изменяющиеся окружающие условия как в отношении существующих проблем, так и в отношении новых и возникающих угроз для здоровья населения.
- Процесс реформ направляется государствами-членами и является всесторонним. На Шестьдесят четвертой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения и на Сто двадцать девятой сессии Исполнительного комитета были определены три задачи.
- Улучшение медико-санитарных результатов при одновременном удовлетворении ВОЗ ожиданий государств-членов и партнеров в отношении согласованных приоритетов глобального здравоохранения, уделяя особое внимание тем действиям и областям, в которых Организация наделена исключительными функциями или обладает сравнительным преимуществом и финансируется таким образом, чтобы способствовать этому.

- Большая согласованность в глобальном здравоохранении, где ВОЗ играет ведущую роль, обеспечивая возможности для многих различных участников играть активную и эффективную роль в укреплении здоровья всех народов.
- Организация, которая стремится к совершенству — эффективная, результативная, оперативно реагирующая, объективная, транспарентная и подотчетная Организация.

- В связи с этими задачами были выделены три отдельные и взаимосвязанные направления деятельности:
- [Программы и установление приоритетов](#)
- [Реформа в области стратегического руководства](#)
- [Реформа управления](#)
- Процесс реформы ВОЗ от проведения первоначальных консультаций по вопросам будущего финансирования до настоящего времени.
- [Процесс реформы ВОЗ](#)
- **План осуществления реформы ВОЗ**
- [Механизм для мониторинга процесса осуществления реформы - на английском языке](#)
- [Информационный бюллетень о реформе ВОЗ, апрель 2013 г.](#)

Ресурсы и планирование

- Структура финансовых ресурсов и расходов ВОЗ выведена из 11-ой Общей программы работы, которая охватывает период 2006-2015 годов.
- Начиная с 2008 года в основу управления ВОЗ, ориентированного на результаты, будет положен шестилетний среднесрочный стратегический план (на 2008-2013 годы), включающий три двухлетних бюджетных периода.

- Благодарю за внимание