

На правах рукописи

Артемьева Галина Борисовна

**Медико-экономическая оценка реформирования
региональной системы
обязательного медицинского страхования
(на примере Рязанской области)**

14.02.03 – Общественное здоровье и здравоохранение

**АВТОРЕФЕРАТ
диссертации на соискание учёной степени
доктора медицинских наук**

Рязань, 2014

Работа выполнена в Государственном бюджетном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Рязанский государственный медицинский университет им. академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Научный консультант:

доктор медицинских наук, профессор

Гехт Игорь Абрамович

Официальные оппоненты:

Хальфин Руслан Альбертович

доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой организации здравоохранения, медицинской статистики и информатики 1-ого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова Минздрава России

Зими́на Эльви́ра Вита́льевна

Профессор кафедры общественного здоровья и здравоохранения ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России

Евдаков Валериан Алексеевич

доктор медицинских наук, профессор, заведующий отделением медицинской профилактики ГКБ №68 Департамента здравоохранения г. Москвы

Ведущая организация: ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Защита диссертации состоится «28» марта 2014 г. в 10 часов на заседании Диссертационного совета Д 208.110.01 при ФГБУ «Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России по адресу: 127254, г. Москва, ул. Добролюбова, дом 11

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке при ФГБУ «Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России по адресу: 127254, г. Москва, ул. Добролюбова, д. 11

Автореферат разослан «_____» _____ 2014 г.

Учёный секретарь

диссертационного совета

доктор медицинских наук, профессор

Т.П. Сабгайда

Введение

Актуальность исследования. Реформирование здравоохранения России во многом зависит от преобразований в системе обязательного медицинского страхования (ОМС) отдельных регионов страны (Щепин В.О., Миргородская О.В., Ларионов Ю.К., 2008, Медик В.А., 2009, Алексеева Н.Ю., 2011, Стародубов В.И., Флек В.О., Сон И.М., 2011, Щепин О.П., Растегаев В.В., 2011, Шевский В.И., 2013). В последнее время эти изменения приобретают большое значение в связи с реализацией ФЗ-326 «Об обязательном медицинском страховании в РФ», развитием одноканального финансирования и расширением видов медицинской помощи, входящих в сферу ОМС. Всё больше внимания уделяется необходимости не только совершенствования федерального законодательства в области здравоохранения и медицинского страхования, но и его адаптации к конкретным условиям регионов (Вялков А.И., 2005, Каплунов О.А., 2011, Линденбратен А.Л., 2011, Александрова О.Ю., 2013).

Современные демографические тенденции, обусловленные постарением населения и ухудшением состояния его здоровья, связанные с этим изменения потребности в ресурсном и кадровом обеспечении здравоохранения и системы ОМС являются обязательным атрибутом построения региональной социальной политики в области здравоохранения (Гехт И.А., 2002, Вишневский А.С., 2003, Комаров Ф.Н., Анисимов В.Н., 2005, Денисов И.Н., 2010, Султанаева З.М., 2011, Калининская А.А., 2012, Борисенко О.В., Введенская Е.С., 2013).

Рязанская область является одним из субъектов РФ, в которых в течение нескольких лет ведётся поиск новых форм организации медицинской помощи, апробация различных методов экономического управления отраслью, изучается потребность в медицинской помощи и её ресурсообеспечении в зависимости от изменяющихся демографических тенденций и состояния здоровья населения, разрабатываются новые методические подходы к формам оплаты медицинских услуг в системе ОМС, ценообразованию, расчёту дифференцированных нормативов финансирования медицинской помощи. Обобщение опыта работы в системе ОМС и оценка её реформирования в Рязанской области является полезным для преобразований в здравоохранении других регионов России, что определяет актуальность темы исследования.

Цель исследования: научное обоснование реформирования региональной системы обязательного медицинского страхования на основе анализа современной демографической ситуации и медико-экономических показателей деятельности медицинских организаций в системе ОМС.

Задачи исследования:

1. Изучить особенности медико-демографических процессов в Рязанской области.
2. Проанализировать ресурсное обеспечение медицинских учреждений, участвующих в системе ОМС и определить потребность во врачебных кадрах и больничных койках в соответствии с демографическими тенденциями и состоянием здоровья населения Рязанской области.
3. Провести анализ основных медико-экономических показателей деятельности медицинских организаций в системе ОМС по выполнению территориальной программы ОМС в разрезе возрастных групп населения Рязанской области.
4. Разработать и реализовать комплексную оценку качества медицинской помощи в системе ОМС с учётом удовлетворённости населения доступностью и качеством медицинской помощи.
5. Разработать организационно-функциональную модель реформирования системы ОМС на региональном уровне и методологический инструментарий формирования дифференцированных нормативов и оплаты медицинской помощи в системе ОМС при переходе на одноканальное финансирование.
6. Оценить эффективность организационно-функциональной модели реформирования региональной системы ОМС и дать характеристику финансового обеспечения территориальной программы ОМС.

Научная новизна: на примере Рязанской области апробирована организационно-функциональная модель реформирования региональной системы ОМС с учётом выявленных демографических тенденций, на основе анализа обеспеченности врачебными кадрами и больничными койками, основных медико-экономических показателей деятельности медицинских организаций. Разработано методическое сопровождение организационно-функциональной модели реформирования, включающее методики формирования дифференцированных нормативов финансирования и оплаты

медицинской помощи в системе ОМС при переходе на одноканальное финансирование, комплексной оценки качества медицинской помощи в системе ОМС с учётом удовлетворённости населения доступностью и качеством медицинской помощи.

Научно-практическая значимость работы. Материалы диссертационной работы использованы при разработке законодательной и нормативно-правовой базы Рязанской области:

- Закон Рязанской области «О бюджете территориального фонда обязательного медицинского страхования Рязанской области на 2011 год» от 24.12.2010 г. №159-ОЗ;
- Закон Рязанской области «О программе государственных гарантий оказания населению Рязанской области бесплатной медицинской помощи на 2011 год» от 24.12.2010 г. №160-ОЗ;
- Закон Рязанской области «О бюджете территориального фонда обязательного медицинского страхования Рязанской области на 2012 год и на плановый период 2013-2014 годов» от 28.12.2011 г. №121-ОЗ;
- Закон Рязанской области «О бюджете территориального фонда обязательного медицинского страхования Рязанской области на 2013 год и на плановый период 2014-2015 годов» от 29.12.2012 г. №119-ОЗ;
- Закон Рязанской области «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Рязанской области на 2013 год и плановый период 2014 и 2015 годов» от 28.12.2012 г. №102-ОЗ;
- Постановление Правительства Рязанской области «Об утверждении долгосрочной целевой программы «Модернизация здравоохранения Рязанской области на 2011-2012 годы» от 24.03.2011 г. №59;
- Постановление Правительства Рязанской области «Об утверждении Порядка реализации мероприятий и расходования средств на долгосрочную целевую программу «Модернизация здравоохранения Рязанской области на 2011-2012 годы» от 26.04.2011 г. №91;
- Постановление Правительства Рязанской области «Об утверждении перечня специалистов с высшим медицинским и средним медицинским образованием,

участвующих в реализации мероприятий по повышению доступности амбулаторной помощи, Методики и показателей оценки их деятельности» от 28.04.2011 г. №102;

- Ежегодного аналитического доклада «Об итогах работы системы здравоохранения Рязанской области».

Внедрение полученных результатов в практику. Результаты исследования получили внедрение на уровне Совета Федерации РФ, Центрального научно-исследовательского института организации и информатизации здравоохранения Минздрава РФ, Думы Рязанской области, Территориального органа Росздравнадзора по Рязанской области, Минздрава и ТФОМС Рязанской области, внедрены в других субъектах РФ: Республике Мордовия, Самарской, Тверской, Тульской и Костромской областях. Используются в учебном процессе кафедрами общественного здоровья и здравоохранения Самарского государственного медицинского университета, Ивановской медицинской Академии, Рязанского государственного медицинского университета им. академика И.П. Павлова, кафедрой экономики и управления в социальной сфере Российской академии народного хозяйства и государственной службы при Президенте Российской Федерации. Разработаны методические рекомендации «Методические подходы к дифференцированной оплате медицинской реабилитации в условиях санаторного лечения в системе обязательного медицинского страхования.», «Формирование цен на стационарные медицинские услуги в условиях обязательного медицинского страхования», «О формировании дифференцированного подушевого норматива в системе обязательного медицинского страхования», «Расчет потребности в больничных койках в зависимости от заболеваемости населения», «Методические подходы к оплате медицинских услуг при одноканальном финансировании в системе обязательного медицинского страхования», «Комплексная оценка качества медицинской помощи в системе управления деятельностью медицинской организации», которые внедрены в практику работы ТФОМС Рязанской и Самарской областей и медицинские организации Рязанской области.

Апробация работы. Материалы диссертации были представлены на научно-практической конференции «Актуальные проблемы современного практического здравоохранения» (Пенза, 23-24 июня 2010 г.), на Всероссийском

научно-практическом семинаре «Модернизация российского здравоохранения: проблемы и решения» (Сочи, 7-10 сентября 2010 г., 8-11 сентября 2011г., 3-6 сентября 2012 г.), на 4, 5, 7 Всероссийских конференциях с международным участием «Здоровье населения - основа процветания России» (Анапа, 14-15 апреля 2011г., 16-17 апреля 2012 г., 24-25 апреля 2013 г.), на научно-практической конференции «Экономические аспекты здоровья и здравоохранения» (Москва, 19-20 мая 2011 г.), на научно-практической конференции с международным участием «Современные проблемы эффективности управления здравоохранением» (Москва, 14-16 декабря 2011 г.), на межрегиональной научно-практической конференции с международным участием «Качество жизни. Медико-социальные аспекты» (Пермь, 8-9 июня 2011 г.), на международной научно-практической конференции «Пожилой больной. Качество жизни» (Москва, 4-5 октября 2011 г.), на Всероссийском съезде геронтологов и гериатров (Новосибирск, 2012 г.), на заседаниях Межрегионального координационного совета ФФОМС (7 декабря 2010 г., 20 декабря 2011 г., 19 октября 2012 г.), на научно-практической конференции «Теоретические и практические вопросы клинической медицины» (Рязань, 13 декабря 2012 г.), на научно-практической конференции «20-летний опыт и стратегии преобразований территориальной системы обязательного медицинского страхования» (Рязань, 29 мая 2013 г.), на Всероссийском совещании по вопросам организации системы защиты прав застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования и расширенного заседания Межрегионального координационного совета (Казань, 10 июня 2013 г.), на межкафедральном совещании Рязанского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова (Рязань, 30 августа 2013 г.).

Публикации. По теме диссертации опубликовано 66 статей, из них 33 в рецензируемых изданиях, рекомендованных ВАК, 4 монографии.

Личное участие автора в исследовании: составление программы исследования; разработка статистического инструментария; организация медико-социологических исследований и сбор данных; расчёт демографических коэффициентов, медико-экономических показателей деятельности медицинских организаций по возрастным группам и классам болезней; разработка

методологического сопровождения реформирования региональной системы ОМС; изложение полученных данных, анализ, интерпретация, формулирование выводов и практических рекомендаций.

Основные положения, выносимые на защиту.

1. Медико-демографическая ситуация в Рязанской области характеризуется выраженным постарением населения на фоне уменьшения его численности, что требует внесения существенных корректив в организацию медицинской помощи и её ресурсообеспечение.
2. Расчёт потребности населения во врачебных кадрах и больничных койках на региональном уровне является обязательным условием для реформирования региональной системы ОМС и планирования Программы государственных гарантий бесплатного оказания населению медицинской помощи.
3. Медико-экономические показатели деятельности медицинских организаций являются основой для формирования финансовых потоков при планировании и реализации территориальной программы ОМС.
4. Комплексная оценка качества медицинской помощи с учётом результатов изучения удовлетворённости пациентов является действенным индикатором эффективности работы медицинской организации.
5. Разработанный методический инструментарий формирования дифференцированных нормативов и оплаты медицинской помощи в системе ОМС в условиях перехода на одноканальное финансирование является необходимым элементом внедрения модели реформирования системы ОМС на региональном уровне.
6. Внедрение организационно-функциональной модели реформирования региональной системы ОМС позволило увеличить финансовое обеспечение территориальной программы ОМС и уменьшить диспропорции в ресурсном обеспечении видов медицинской помощи.

Объём и структура работы. Диссертация изложена на 343 страницах, состоит из введения, семи глав, заключения, выводов и предложений, указателя литературы, списка сокращений 16 приложений. Работа иллюстрирована 13 таблицами, 71 рисунком. Указатель литературы содержит 337 источников, из которых 71 представлен научными трудами зарубежных авторов.

Содержание и основные положения исследования.

Во **введении** обоснована актуальность исследования, определены цель и задачи, научная новизна и научно-практическая значимость исследования, сформулированы основные положения, выносимые на защиту.

В **первой главе** «*Актуальные вопросы реформирования здравоохранения и медицинского страхования (обзор литературы)*» представлен обзор отечественных и зарубежных источников литературы, касающихся вопросов реформирования здравоохранения и системы медицинского страхования в части совершенствования организации медицинской помощи и её ресурсного обеспечения. Анализ источников литературы установил, что исследовательских работ, посвящённых влиянию медико-демографических особенностей на ресурсопотребление в здравоохранении и организацию медицинской помощи населению, не достаточно, крайне мало исследований, предлагающих методические приёмы, способствующие реализации основных положений закона «Об обязательном медицинском страховании в РФ» на региональном уровне.

Во **второй главе** «*Методы и материалы исследования*» рассматриваются организационно-методические особенности диссертационной работы.

Объектом исследования явилась система ОМС Рязанской области; *предметом исследования* - медико-демографические показатели, распространённость болезней, объёмы медицинской помощи, предоставляемые населению по территориальной программе обязательного медицинского страхования (ТПОМС), экономические показатели; *единицами наблюдения* - житель Рязанской области, случай оказания медицинской помощи; *базы исследования* - медицинские организации и территориальный фонд обязательного медицинского страхования (ТФОМС) Рязанской области. Исследование включало шесть этапов (табл. 1). Каждому этапу соответствовали свои задачи исследования, объект и методы исследования, источники информации и объём наблюдения.

Базовая демографическая ситуация и тенденции изучались по данным переписей населения и материалов территориального органа федеральной службы государственной статистики по Рязанской области, данным ТФОМС

Рязанской области. Основной анализ указанных показателей производился за тринадцать лет (2000-2012 гг.).

Обеспеченность врачебными кадрами и больничными койками анализировалась по статистическим отчётам Минздрава Рязанской области (ф.№12, ф.№14, ф.№30, ф.47). Полученные результаты сравнивались с региональными нормативами, рассчитанными ФГБУ «ЦНИИОИЗ Минздрава РФ». Расчёт потребности во врачебных кадрах и больничных койках проводился в соответствии с методическими рекомендациями Минздравсоцразвития РФ «Методика расчёта потребности субъектов РФ в медицинских кадрах» (2011 г.).

Углублённый медико-экономический анализ проводился при изучении медицинской помощи, оказываемой в медицинских организациях Рязанской области в системе ОМС, по различным условиям её предоставления в 2010-2011 гг. Исследования проводились на сплошном массиве оплаченных страховыми медицинскими организациями счетов-реестров за оказанную медицинскую помощь.

Для оценки качества медицинской помощи была разработана и использована методика комплексной оценки качества медицинской помощи (КМП).

Анализ результатов диспансеризации проведён в 12 медицинских организациях в 2011 г. Проанализированы 475 амбулаторных карт пациентов, нуждающихся в дополнительном обследовании и лечении по результатам диспансерного осмотра 2009 г. Результаты диспансерной работы оценивались по разработанному нами алгоритму анализа результатов диспансеризации населения.

В работе приведены данные социологических исследований, проводимых страховыми медицинскими организациями (СМО) и ТФОМС Рязанской области, по оценке удовлетворённости населения доступностью и качеством медицинской помощи в 2009-2012 гг.

На основе результатов исследования была разработана и апробирована организационно-функциональная модель реформирования региональной системы ОМС и проведён анализ ресурсообеспечения системы ОМС Рязанской

области в 2005-2012 гг. Для ее апробации нами был разработан методический инструментарий формирования дифференцированных нормативов и оплаты медицинской помощи в системе ОМС при переходе на одноканальное финансирование.

Таблица 1

Основные задачи, материалы, методы исследования

Этапы исследования и задачи	Статистический инструментарий	Методы исследования и обработки статистического материала Объём исследования
1 этап. Провести анализ современных демографических тенденций в Рязанской области	Статистические данные территориального органа федеральной службы государственной статистики по Рязанской области, базы данных застрахованных лиц ТФОМС Рязанской обл.	статистический Анализ проведён по статистическим данным и сплошному массиву регистра застрахованных лиц ТФОМС Рязанской области 2000-2012 гг.
2 этап. Проанализировать обеспеченность медицинскими учреждениями врачебными кадрами и больничными койками в Рязанской области в соответствии с демографическими тенденциями и состоянием здоровья населения	Формы федерального статистического наблюдения в сфере здравоохранения по Рязанской области (ф.12, ф.14, ф.30, ф.47), материалы ФГБУ «ЦНИИОИЗ Минздрава РФ»	статистический, экономического анализа, прогнозирования Анализ проведён по данным статистических отчётов (ф.12, ф.14, ф.30, ф.47) Минздрава Рязанской области за 2011 г.
3 этап. Провести анализ основных медико-экономических показателей деятельности медицинских организаций Рязанской области в системе ОМС	Формы федерального статистического наблюдения в сфере здравоохранения по Рязанской области, базы данных застрахованных лиц и счетов-реестров за медицинскую помощь ТФОМС Рязанской области	статистический, экономического анализа Анализ проведён по данным статистических отчётов (ф.30), по сплошному массиву счетов-реестров СМО за 2010 год
4 этап. Дать комплексную оценку качества медицинской помощи в медицинских организациях и оценить уровень удовлетворённости населения доступностью и качеством медицинской помощи	Статистические данные ТФОМС Рязанской области, материалы анкетирования населения Рязанской области, выкопировка данных из медицинских карт и историй болезни, научные публикации	статистический, социологический, прогнозирования, авторские методики Качество медицинской помощи оценивалось в 6 медицинских организациях в 2012 г. Анкетирование проведено среди 4337 жителей в 2011-2012 гг. Анализ диспансеризации проведён в 12 медицинских организациях по 475 амбулаторным картам в 2011 г.

Этапы исследования и задачи	Статистический инструментарий	Методы исследования и обработки статистического материала Объем исследования
5 этап. Разработать и апробировать методологическую основу реформирования региональной системы ОМС в Рязанской области	Статистические данные территориального органа федеральной службы государственной статистики по Рязанской области; формы федерального статистического наблюдения в сфере здравоохранения по Рязанской области, Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», материалы научных публикаций, авторские методики	статистический, экономического анализа, прогнозирования
6 этап. Разработать и апробировать организационно-функциональную модель реформирования региональной системы ОМС	Территориальные программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи населению Рязанской области 1998-2013 гг., аналитические материалы ТФОМС Рязанской области	статистический, экономического анализа

В третьей главе «Анализ демографических тенденций в Рязанской области» представлена социально-демографическая ситуация в регионе. Численность населения в Рязанской области с 2000 по 2009 г. уменьшилась на 8,3% (103,6 тыс. человек), что соответствует наблюдаемой тенденции в целом по Российской Федерации (численность населения РФ в 2002 г. составляла 145,6 млн. человек, в 2010 г. – 142,9 млн. человек). В ЦФО за указанный период численность населения не уменьшилась (в 2002 г. - 38,0 млн. человек, в 2010 г. – 38,4 млн. человек). В 2012 г. продолжилось снижение численности населения в Рязанской области по сравнению с 2009 г. на 0,6% (6,7 тыс. человек).

В Рязанской области отмечается более выраженное снижение численности женского населения: соответственно на 51,6 тыс. среди мужчин и 58,5 тыс. среди женщин. Процесс уменьшения численности коснулся как городского, так и сельского населения: в городах население уменьшилось на 5,8% (с 863 тыс. до

813,2 тыс. человек), в сельской местности – на 15,4% (с 391,9 тыс. до 331,5 тыс. человек). Это обусловило более выраженный процесс урбанизации (в 2000 г. городское население составляло 68,8%, в 2009 г. – 70,3%, в 2012 г. – 71%).

За последнее десятилетие в Рязанской области отмечается уменьшение доли детского населения и рост удельного веса лиц старше трудоспособного возраста. В 2000 г. удельный вес лиц моложе трудоспособного возраста составлял – 16,3%, трудоспособного – 57,8%, старше трудоспособного – 25,9%. В 2012 г., несмотря на увеличение рождаемости, продолжилось снижение удельного веса детей и подростков (14,1%), увеличилась доля лиц старше трудоспособного возраста (28,1%). В РФ и ЦФО наблюдается та же тенденция: снижение численности населения моложе трудоспособного возраста (в 2002 г. население РФ моложе трудоспособного возраста составляло 18,1%, в 2010 г. – 16,2%, в ЦФО в 2002 году этот показатель составлял 15,3%, в 2010 г. – 13,9%) и увеличение численности населения старше трудоспособного возраста (доля лиц старше трудоспособного возраста в РФ в 2002 г. составляла 20,5%, в 2010 г. – 22,2%, в ЦФО в 2002 г. – 23,7%, в 2010 г. – 24,7%).

В субъекте отмечается выраженное постарение населения, особенно в сельской местности (2005 г. – 33,5%, в 2012 г. – 31,8%). Наблюдается различный уровень постарения среди мужчин и женщин: в 2012 г. доля мужчин-пенсионеров – 17,2%, женщин-пенсионеров – 37,1%.

В 2012 г. общий коэффициент демографической нагрузки увеличился до 730,3, коэффициент, характеризующий нагрузку пенсионерами на лиц трудоспособного возраста, – до 485,6 на 1000 населения.

За последние 13 лет в Рязанской области отмечается значительное колебание показателей миграции: число прибывающих мигрантов уменьшилось с 18,1 тыс. в 2000 г. до 14,4 тыс. человек в 2009 г. и возросло в 2012 г. до 28,9 тыс. человек. Одновременно увеличилось число выезжающих за пределы области: в 2000 г. – 16,9 тыс., в 2009 г. – 11,7 тыс., в 2012 г. – 26,4 тыс. человек. За указанный период число прибывающих в год в Рязанскую область увеличилось на 59,7%, а число её покидающих – на 56,2%.

За исследуемый период (2000-2012 гг.) коэффициент рождаемости увеличился на 55,7% (с 7,0 до 10,9 на 1000 населения). Происходящие в

Рязанской области тенденции отражают тенденции рождаемости в РФ, где уровень рождаемости повысился в период с 2002 г. до 2010 г. с 9,0 до 12,5 на 1000 населения, и в ЦФО, где уровень рождаемости возрос с 7,7 до 10,7 на 1000 населения.

Как положительное явление следует расценивать снижение общей смертности в Рязанской области за последние 13 лет на 14,1%: (в 2000 г.- 19,1, в 2012 г. – 16,4 на 1000 населения). В РФ, также как и в ЦФО, наблюдается снижение смертности населения (в 2002 г. смертность в РФ составляла 15,6, в 2010 г. - 14,2 на 1000 населения., в ЦФО в 2002 г. - 17,4, в 2010 г. - 15,2). Коэффициенты смертности у мужчин выше, чем у женщин: в 2000 г. соответственно – 22,0 и 17,1 на 1000 населения (различие 29%), в 2009 г. – 20,5 и 15,7 на 1000 населения (различие 30,6%), в 2012 г. -17,8 и 15,2 (различие 17,1%). В целом коэффициент смертности у женщин снизился за рассматриваемый период на 11,1%, у мужчин – на 19,1%.

У лиц трудоспособного возраста в 2000 г. смертность составила среди мужчин 13,3 на 1000 мужчин, в 2012 г. - 11,4, среди женщин соответственно 2,3 и 3,1 на 1000 женщин. Изменилась структура причин смертности в трудоспособном возрасте. И у женщин, и у мужчин в 2000 г. первое место занимал смертельный исход при травмах и отравлениях (31,8% и 38,1%), второе - смерть от болезней системы кровообращения (25,0% и 27,9%), третье - от новообразований (22,9% и 10,5%). В 2012 г. первое место занимала смертность от болезней системы кровообращения (28,4,7% и 32,63% соответственно), второе - от травм и отравлений (24,5% и 32,5%), третье - от новообразований (21,4% и 12,6%).

Как положительную тенденцию в Рязанской области следует расценивать снижение младенческой смертности с 14,8 на 1000 родившихся в 2000 г. до 10,2 в 2012 г.

Выявленные тенденции свидетельствуют о продолжающемся демографическом старении населения Рязанской области и сохранении болезней системы кровообращения и новообразований как основных причин смертности (частота распространения болезней системы кровообращения составила в 2012 г. 235,5 на 1000 населения, новообразований – 47,4).

В четвертой главе «Расчёт потребности населения Рязанской области во врачебных кадрах и больничных койках» проведён анализ обеспеченности врачебными кадрами и больничными койками населения Рязанской области.

Общее число фактических врачебных посещений в амбулаторно-поликлинических учреждениях Рязанской области в 2011 г. составило 9008,6 тыс., в расчёте на одного жителя - 7,8 посещения в год, что сопоставимо с нормативными объёмами амбулаторной помощи, установленными Программой государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи гражданам РФ (ПГГ), – 7,9 посещения в год на 1 жителя. По отдельным врачебным специальностям выявлены значительные отличия (табл. 2). Фактические объёмы амбулаторно-поликлинической помощи по онкологии на 22,6% ниже норматива, по кардиологии ниже норматива на 11,6%, по урологии фактические объёмы не достигают норматива на 7,6%, по отоларингологии фактические объёмы ниже норматива на 30,2%. По офтальмологии фактические показатели объёмов амбулаторной помощи превышают нормативные на 9,3%, по неврологии - на 24,8% (рис. 1).

Расчёт потребности во врачебных кадрах, основанный на нормативных объёмах амбулаторной медицинской помощи и функциях врачебных должностей по различным врачебным специальностям показал, что для оказания амбулаторно-поликлинической помощи достаточно 26 должностей врачей-онкологов. Потребность во врачах-кардиологах составляет 33 специалиста, в урологах – 21, отоларингологах – 64, офтальмологах – 47, неврологах - 65.

Число штатных должностей, фактическое число занятых врачебных должностей в медицинских организациях Рязанской области, получивших лицензии и имеющих возможность осуществлять нормативную функцию врачебной должности с обеспечением соответствующих стандартов, превышает число должностей, рассчитанных в соответствии с нормативами объёмов амбулаторной помощи и нормативом функции врачебной должности для населения Рязанской области. Потребность во врачах по указанным специальностям сопоставима с числом физических лиц по каждой из них. Избыточное число врачебных должностей, введённых в штатные расписания,

подтверждается при определении фактических функций врачебных должностей, которые у всех специалистов оказались заниженными по сравнению с рекомендованным Минздравсоцразвития РФ нормативом (письмо Минздравсоцразвития России №16-1/10/2-13164 от 26.12.2011).

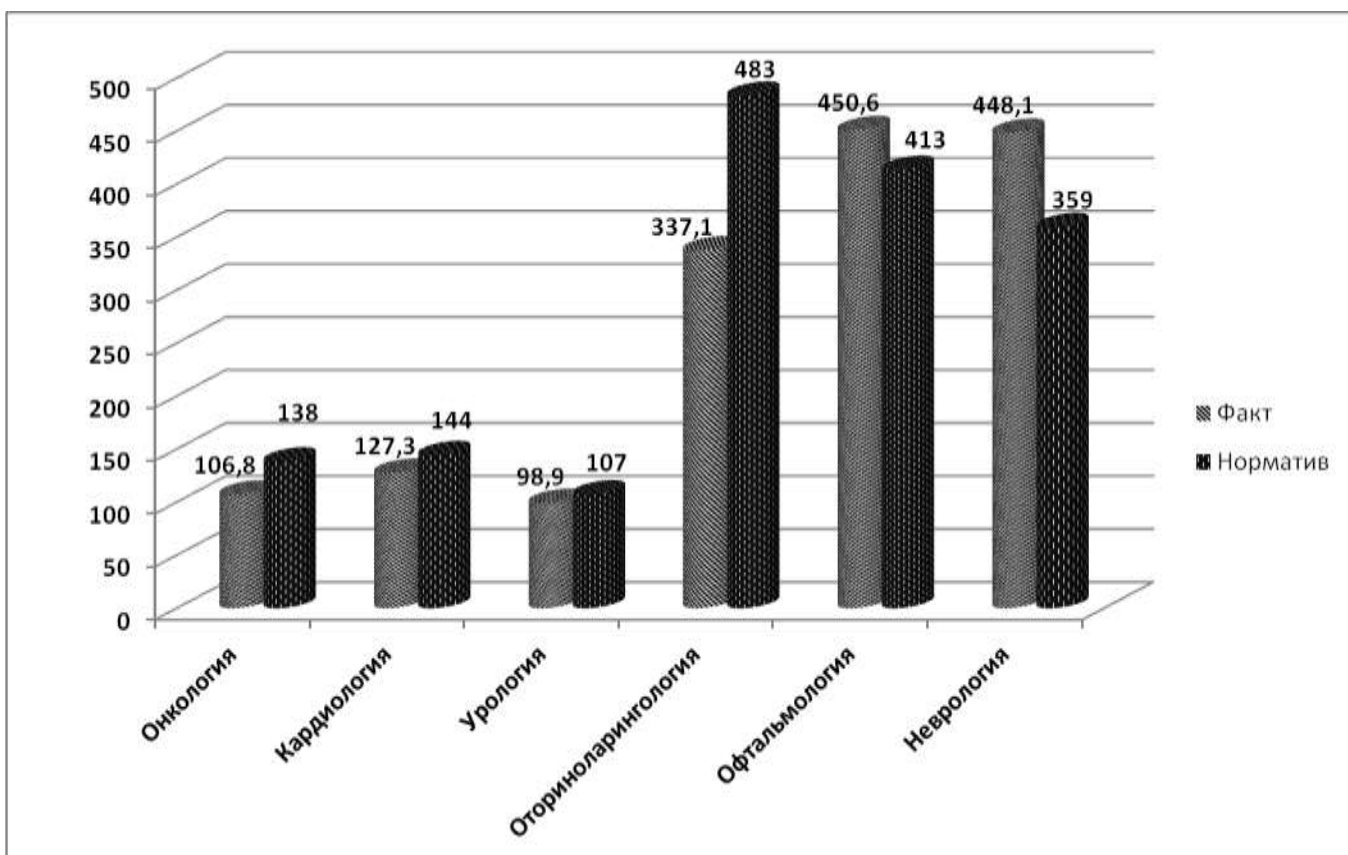


Рис. 1. Объёмы амбулаторно-поликлинической помощи (в посещениях на 1000 жителей)

У врачей-онкологов функция врачебной должности составляет 2862 посещения на 1 врача в год при рекомендованном нормативе 6226; у врачей кардиологов - 3760 (норматив - 5055), у урологов – 4031 (норматив - 5841), у отоларингологов – 5300 (норматив - 8721), у офтальмологов – 5190 (норматив - 10209), у неврологов – 4479 (норматив – 6426) (рис.2). Всего в Рязанской области амбулаторно-поликлиническую помощь оказывают 1753 врача, которые занимают 2382 должности. При выполнении нормативной функции врачебной должности в год и фактических объёмах оказанной амбулаторной

медицинской помощи по каждой специальности потребность во врачах амбулаторных учреждений и подразделений составляет 1654 должности.

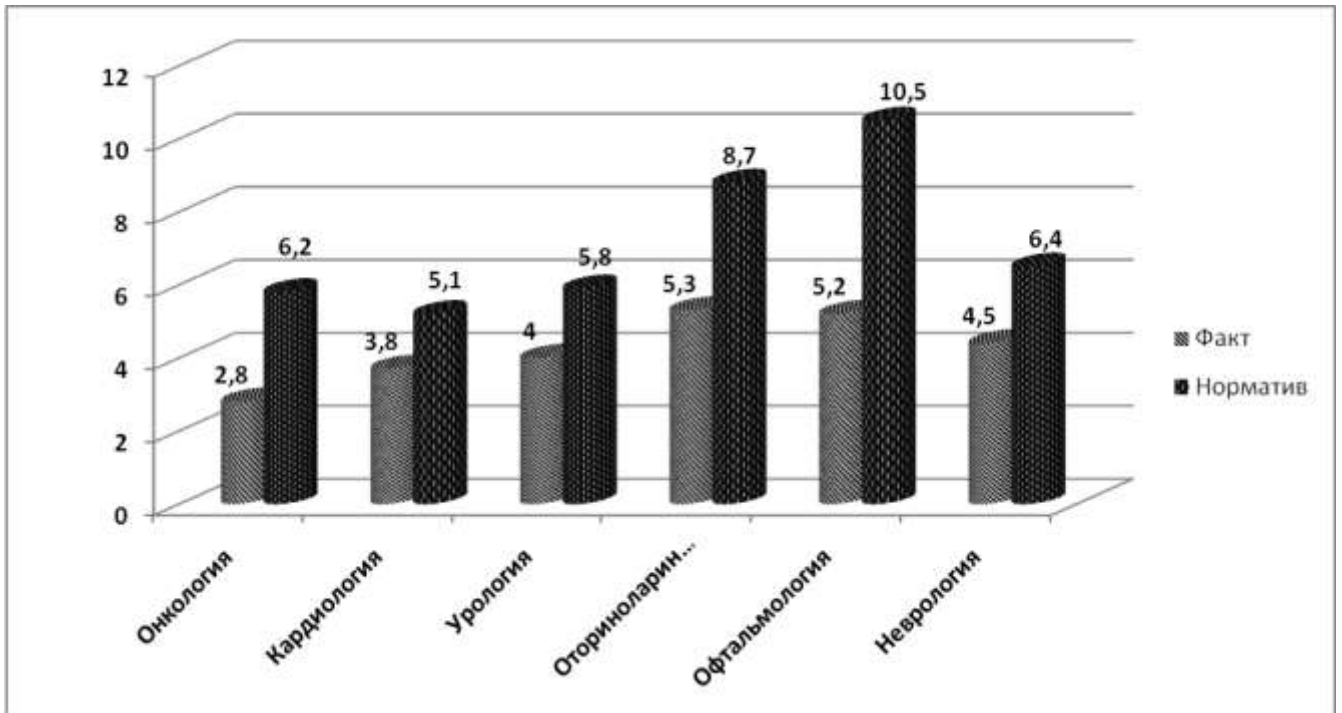


Рис. 2. Функция врачебной должности (в тыс. посещений в год)

Число занятых врачебных должностей в амбулаторно-поликлиническом звене Рязанской области не соответствует объёмам поликлинической помощи по ТПГГ. При избыточной численности штатных должностей в поликлиниках нагрузка врачебного персонала не достигает рекомендуемых нормативов. Приведение штатных должностей в соответствие с потребностью во врачебных кадрах позволит повысить оплату труда врачей в зависимости от объёма выполненной работы и достигнутых показателей за счёт повышения тарифа на медицинскую помощь.

Расчёт потребности в больничных койках проводился на основе нормативных объёмов стационарной помощи и демографического прогноза. Этот показатель составил 2804 койко-дня на 1000 жителей в год. Фактические объёмы круглосуточной стационарной помощи в 2011 г. превышали на 3% нормативные (2884 койко-дня на 1000 населения).

В Рязанской области в 2011 г. было развёрнуто 10598 больничных коек в круглосуточных стационарах, на которых было пролечено 242954 пациента со средней длительностью пребывания в стационаре 13,7 дня, при этом средний оборот койки составил 24,1. При занятости больничной койки по профилям в соответствии с рекомендуемым нормативом для выполнения фактических объёмов оказанной стационарной помощи необходимо развернуть 9775 коек, на 7,8% (823 койки) меньше.

Неиспользованные «лишние» больничные койки являются серьёзным экономическим риском, ведущим к ресурсным потерям, снижению которых будет способствовать реструктуризация больничной сети и перепрофилизация круглосуточных коек. Теоретические расчёты показывают, что 1 круглосуточная больничная койка, участвующая в выполнении ПГГ, обходится в 340 тыс. руб. в год (по тарифам 2012 г.). Развёрнутые, но пустующие койки обходятся на 30-40% меньше, экономические потери от неиспользованных в полную мощность больничных коек составляют не менее 180 млн. рублей в год.

В то же время при нормативе объёмов медицинской помощи, оказываемой в дневных стационарах, 592 пациенто-дня на 1000 жителей фактические объёмы в Рязанской области не достигают нормативных на 37% – 372 пациенто-дня на 1000 населения. Для выполнения недостающих объёмов потребуется 768 коек. Таким образом, потребность в дополнительных койках для расширения дневных стационаров и стационаров на дому сопоставима с числом неиспользуемых коек в круглосуточных стационарах. Это даёт возможность перепрофилирования части коечной сети круглосуточного стационара в койки дневного пребывания.

Расчёт индексов, характеризующих связь объёмов стационарной и амбулаторно-поликлинической помощи, а также уровней госпитализации и распространённости болезней, показал, что в Рязанской области на 100 врачебных посещений приходится 3,6 госпитализаций в круглосуточные стационары, на 100 зарегистрированных (в текущем году и ранее) заболеваний 14,8 госпитализаций (здесь и далее при демонстрации зарегистрированных заболеваний представлена распространённость соответствующих заболеваний в

Рязанской области). Индексы объёмов медицинской помощи по профилям представлены в таблице 2 .

Таблица 2

Индексы объёмов медицинской помощи

Профили	Число госпитализаций на 100 врачебных посещений	Число госпитализаций на 100 зарегистрированных (в текущем году и ранее) заболеваний	Число амбулаторных посещений к специалистам на 1 зарегистрированное (в текущем году и ранее) заболевание
офтальмологический	1,3	5,6	4,3
урологический	5,5	12,9	2,3
онкологический	5,5	9,6	1,8
кардиологический	10,0	5,4	0,5
неврологический	2,5	28,0	11,2
ЛОР	1,0	10,4	10,1

При анализе использования коечного фонда по изучаемым профилям, были получены данные, представляющие интерес для выработки предложений по реструктуризации коечной сети (табл. 3). При заболеваниях глаз все больные госпитализируются на специализированные офтальмологические койки. Число круглосуточных госпитализаций по этому профилю составило 5,6 на 100 зарегистрированных заболеваний соответствующего класса. Медицинская помощь по поводу заболеваний глаз преимущественно оказывается в амбулаторных условиях, 1,3 госпитализации приходятся на 100 посещений врачей-офтальмологов, на 1 зарегистрированное заболевание приходится 4,3 посещения врача. Норматив объёмов стационарной помощи по офтальмологическому профилю составляет 54 койко-дня на 1000 жителей, фактические объёмы соответствуют нормативным и составляют 53 на 1000 населения. В Рязанской области при среднегодовой численности коек 173 на конец года было развернуто 213 офтальмологических коек. В таких условиях работа койки (занятость) в среднем составит 286 дней в году (на 12,5% ниже норматива – 327 дней).

Потребность в больничных койках

Наименование специальности	Проведено больными койко-дней	Выписано больных	Средняя длительность госпитализации	Занятость койки в году (факт.)	Занятость койки в году (норм.)	Среднегодовое число коек	Потребность в больничных койках по нормативу
Онкология	74301	6770	11,0	362	336	205	401
Кардиология	199283	14687	13,6	352	336	565	583
Урология	69442	6296	11,0	385	328	180	179
Офтальмология	60990	6801	9,0	352	327	173	190
Неврология	192542	12887	14,9	340	336	566	428
ЛОР	35627	4022	8,9	356	322	100	161

Для выполнения нормативов объёмов по данному профилю необходимо 190 офтальмологических коек, что на 11,7% меньше, чем развёрнуто в настоящее время.

Норматив объёмов стационарной помощи при урологических заболеваниях на койках соответствующего профиля составляет 51 койко-день на 1000 жителей. Для выполнения этих объёмов необходимо 179 коек. Фактические объёмы урологической стационарной помощи на 14,3% превысили нормативный показатель и составили 60,3 койко-дней на 1000 населения. При этом число развёрнутых урологических коек соответствует нормативному показателю – 180. Превышение объёмов стационарной урологической помощи при нормативном числе коек обусловили нереальную занятость койки в году – 385 дней, что свидетельствует о фактически большем числе коек, используемых для стационарного лечения пациентов урологического профиля. При расчёте соответствующих индексов был определён высокий уровень госпитализации пациентов, требующих урологической помощи: на 100 зарегистрированных заболеваний приходится 12,9 круглосуточных госпитализаций.

Анализ стационарного лечения пациентов с новообразованиями в Рязанской области представляет трудности в связи с госпитализацией больных не только на онкологические койки, но и койки других профилей. Норматив объёмов стационарной онкологической помощи составляет 117 койко-дней на 1000 жителей, фактические объёмы с учётом коек всех профилей, на которых лечился указанный контингент, составили 168,2 на 1000 населения, на 44% больше норматива. Расчёт числа коек, необходимых для лечения пациентов с новообразованиями, исходя из норматива объёмов, свидетельствует о потребности в 401 онкологической койки. Потребность в онкологических койках, рассчитанная по фактическим объёмам, составляет 570 коек. В настоящее время в Рязанской области развёрнуто 250 онкологических коек, каждая из которых занята в году 362 дня при нормативе 336 дней. На этих койках пролечено 45% всех больных с новообразованиями, получивших стационарное лечение. Остальные пациенты получили лечение на койках других профилей. На 100 зарегистрированных заболеваний, отнесённых к классу «Новообразования», приходится 9,6 госпитализаций, на 1

зарегистрированное онкологическое заболевание приходится 1,75 посещения к врачам-онкологам. Приведённые показатели указывают на необходимость увеличения числа онкологических коек и увеличения объёма стационарной помощи по поводу новообразований на специализированных профильных койках. Концентрация основной онкологической стационарной помощи в крупных онкологических центрах позволяет расширить применение современных эффективных технологий лечения и более эффективно использовать ресурсы здравоохранения и системы ОМС.

Нормативы объёмов кардиологической помощи, оказанной в стационарах, выше, чем при оказании медицинской помощи пациентам с болезнями, относящимися к другим классам. Для выполнения нормативного показателя – 170 койко-дней на 1000 жителей, требуется 583 койки. Фактические объёмы кардиологической помощи с учётом госпитализации на профильные койки составляют 173 на 1000 населения и соответствуют нормативному показателю. На конец года было развернуто 610 кардиологических коек, что больше потребности по нормативу на 3%. Занятость кардиологической койки в году составит 327 дней при нормативе 336 дней, средняя длительность лечения на них - 13,6 дней. Значительная часть (52,1%) пациентов с болезнями системы кровообращения лечилась не на профильных койках (терапевтических). При расчёте индексов было определено, что на 100 зарегистрированных заболеваний, относящихся к кардиологическому профилю, приходится 5,4 круглосуточных госпитализаций, на 1 зарегистрированное заболевание системы кровообращения приходится 0,5 посещения к врачам-кардиологам, большая часть пациентов кардиологического профиля в районах Рязанской области принимается врачами-терапевтами.

Значительное превышение нормативов объёмов стационарной помощи отмечено при анализе госпитализации с болезнями нервной системы. Норматив объёмов стационарной помощи неврологического профиля составляет 125 койко-дней на 1000 жителей, фактические объёмы – 167 койко-дней на 1000 населения (на 33,6% выше), 24% пациентов с болезнями нервной системы получили стационарное лечение не на неврологических койках при значительном превышении их числа по сравнению с нормативом. Для

выполнения норматива объёмов стационарной неврологической помощи потребуется 428 профильных койки. В настоящее время в Рязанской области их развёрнуто 566 (на 32% больше). На 100 зарегистрированных заболеваний нервной системы приходится 28 госпитализаций на неврологические койки, с учётом получивших лечение на койках других профилей – 37 госпитализаций. Обращает на себя внимание высокая кратность посещений к врачам-неврологам – 11,2 посещения на 1 зарегистрированное заболевание.

При условии полной регистрации всех болезней и травм представляется перспективным расчёт потребности в больничных койках в зависимости от частоты распространения болезней. Методика определения потребности в больничных койках в зависимости от частоты распространения болезней среди населения представлена в настоящей главе.

Высокий удельный вес госпитализаций по экстренным показаниям, особенно пациентов старших возрастов, сопровождается частым переводом их из одного лечебного учреждения в другое после уточнения диагноза, что делает актуальным выделение диагностических коек в приемно-диагностических отделениях. Методика определения потребности в диагностических койках для отдельных больниц и определения стоимости пребывания пациентов на этих койках приведена в настоящей главе.

В Рязанской области до 2013 г. не была организована реабилитационная помощь, в т.ч. медицинская реабилитация в условиях санаториев, что увеличивает среднюю продолжительность лечения и снижает эффективность использования ресурсозатратных коек круглосуточного пребывания в многопрофильных стационарах.

В пятой главе *«Анализ особенностей организации и финансирования медицинской помощи отдельным возрастным группам населения в системе обязательного медицинского страхования на региональном уровне»* рассматриваются проблемы повышения эффективности региональной системы ОМС с учётом демографических особенностей Рязанской области.

С 2011 г. в Рязанской области начат переход на одноканальное финансирование и изменение способов оплаты медицинской помощи. Подготовка к реформированию системы ОМС на региональном уровне

потребовала анализа организационных форм работы медицинских организаций и методов оплаты медицинской помощи населению с учётом возрастных групп.

В родильных домах по статистике регистрируется 600 заболеваний на 1000 новорождённых. В группе детей первого года жизни зарегистрированная заболеваемость составляет 2900 на 1000 детей, в возрастной группе 0-14 лет – распространенность заболеваний 2993 на 1000 детей, среди подростков – 2557 на 1000 подростков. Среди детей первого года жизни доля здоровых составляет 19,2%. На состояние здоровья детей влияет состояние здоровья матерей.

Проведённый анализ показал, что у 80% женщин, закончивших беременность родами, и невыносивших её наблюдались осложнения беременности. Распространённость экстрагенитальных заболеваний в указанной группе составляет 76 на 100 беременных. По данным счетов-реестров, выставленных для оплаты СМО, более 80% всех родов отнесены к разряду патологических. В 22% случаев применяется кесарево сечение. Высокий уровень распространённости болезней беременных женщин, новорождённых и детей раннего возраста, осложнения беременности и родов свидетельствует о том, что повышение рождаемости ведёт к увеличению нагрузки на медицинские организации, обусловленному не только ростом числа беременных женщин и родов, но и состоянием здоровья женщин и детей. При планировании ресурсного обеспечения отрасли необходимо предусмотреть реструктуризацию коечного фонда, увеличение нагрузки на поликлинику и скорую медицинскую помощь, что потребует дополнительных финансовых ресурсов.

Амбулаторная помощь детскому населению г. Рязани (89995 детей) оказывают 6 детских поликлиник с численностью прикрепленного населения от 5036 до 17555 детей и областной детский консультативно-диагностический центр. При переходе на подушевой способ финансирования амбулаторно-поликлинической помощи с элементами фондодержания возрастают финансовые риски в поликлиниках с малым числом прикрепленного населения, несмотря на применение более высоких коэффициентов ресурсопотребления для детей. Потребность детей в консультациях, диагностических исследованиях, осуществляемых в других медицинских организациях, уровень госпитализации

намного выше, чем у взрослых. По этой причине в Рязанской области введено подушевое финансирование с частичным фондодержанием, не охватывающим скорую медицинскую помощь и госпитализации в круглосуточный стационар. Проведённые нами исследования показали экономическую эффективность объединения детских поликлиник. В этом случае увеличивается доступность для детей специализированной медицинской помощи, сложных диагностических исследований, современных клинических технологий. Централизация и укрупнение диагностических подразделений позволяет не только более рационально оснастить их оборудованием, но и улучшить качество диагностики, что сокращает кратность одних и тех же исследований и способствует усилению координации медицинских работников и медицинских учреждений.

В пожилом возрасте объективно увеличивается потребность в оказании медицинской помощи на дому, территориальный принцип организации первичной медико-санитарной помощи выглядит предпочтительнее. Лица пожилого возраста, прикрепленные к отдалённым поликлиникам, не имеют возможности получить эффективную помощь на дому из-за большого расстояния, отсутствия транспорта, неукомплектованности врачами. Это значительно снижает доступность медицинской помощи и может привести к росту числа осложнений, обострений, запущенных форм заболеваний.

При подушечном финансировании амбулаторно-поликлинических учреждений с фондодержанием возникает ряд проблем. Обслуживание пожилых пациентов экономически затратно для поликлиник, т.к. уровень госпитализированной заболеваемости среди лиц старших возрастных групп составляет 210-230 на 1000 жителей в год, тогда как у лиц трудоспособного возраста - 140-150 на 1000 жителей. При доле пожилых лиц в структуре прикрепленного населения больше 25% не срабатывает принцип солидарной финансовой ответственности. С возрастом растёт число случаев госпитализации по поводу патологии, влияние поликлиники на которую ограничено, происходит нарастание хронизации патологии, госпитализации по поводу которой становятся дороже, значительно возрастает потребность в консультациях врачей-специалистов. В условиях фондодержания оплата этих

медицинских услуг осуществляется из средств поликлиники. В этом случае возникает серьёзная опасность искусственного сдерживания направления пожилых людей в стационары и на консультации, что может увеличить число госпитализаций по экстренным показаниям с обострениями и осложнениями, привести к накоплению хронической патологии, уменьшить доступность специализированной помощи. В связи с этим целесообразно ограничиться частичным фондодержанием, распространяющимся на управляемую поликлиникой патологию.

Для регионов, характеризующихся выраженным постарением населения, особенно актуальна организация медицинской помощи в дневных стационарах и стационарах на дому. Увеличение доли госпитализируемых пожилых и старых пациентов приводит к удлинению средней длительности лечения, что связано с тяжестью болезни, медико-социальными причинами, сопутствующими заболеваниями. При значительной доле лиц пожилого и старческого возраста в структуре населения региона возрастает потребность в койках и домах сестринского ухода.

Постарение населения обуславливает рост потребности во всех видах медицинской помощи, при этом значительно увеличивается роль скорой медицинской помощи. В Рязанской области растёт доля пациентов, которые госпитализируются по экстренным показаниям. Удельный вес таких пациентов достигает 75%. За период с 2004 по 2009 гг. число вызовов скорой медицинской помощи в Рязанской области остаётся стабильно высоким – 350 вызовов на 1000 жителей. Включение скорой помощи в систему ОМС является целесообразным, поскольку способствует усилению координации служб сферы здравоохранения.

С возрастом увеличивается потребность в специализированной медицинской помощи и в реабилитационных мероприятиях. В 2013г. эти виды медицинской помощи включаются в систему ОМС. Совершенствуются финансовые потоки в здравоохранении, расширяются направления затрат, включённых в тариф оплаты медицинской помощи. Сфера здравоохранения поэтапно переводится на одноканальное финансирование, которое условно можно разделить на 2 части: расширение видов и профилей медицинской

помощи в системе ОМС и полный тариф на оплату медицинских услуг. Учитывая недостаточное методическое сопровождение внедрения одноканального финансирования, нами были разработаны методические рекомендации по выбору методов оплаты медицинских услуг в системе ОМС при одноканальном финансировании.

В шестой главе *«Медико-экономическая характеристика, оценка объёмов и качества медицинской помощи в системе ОМС Рязанской области»* рассмотрены результаты медико-экономического анализа деятельности медицинских организаций, участвующих в системе ОМС.

Медицинская помощь, оказываемая в круглосуточных стационарах, является наиболее ресурсоёмкой. На неё расходуется 65% от всех затрат на медицинскую помощь в системе ОМС Рязанской области. Уровень госпитализированной заболеваемости в Рязанской области составляет 163,3 на 1000 населения. При этом в возрастной группе 0-17 лет уровень госпитализации составляет 132,8, в группе 18-59 лет – 143, в возрастной группе 60 лет и старше – 241,2 на 1000 населения. Госпитализированная заболеваемость у лиц старше трудоспособного возраста на 68,6% выше, чем у трудоспособного населения, и на 81,6% выше, чем у детей.

В структуре госпитализаций в стационары круглосуточного пребывания детей первое ранговое место занимает стационарное лечение по поводу болезней органов дыхания (37,1%), уровень госпитализации составляет 49,3 на 1000 населения в год; второе место - по поводу болезней органов пищеварения (9,9%), уровень госпитализации – 13,1 на 1000 населения; третье место - по поводу травм и отравлений (9,2%), уровень госпитализации – 12,2 на 1000 населения; четвертое место - по поводу болезней нервной системы (8,4%), уровень госпитализации – 11,2 на 1000 населения; пятое место – по поводу болезней мочеполовой системы (7,5%), уровень госпитализации – 10,0 на 1000 населения. На указанные пять классов болезней приходится 72,1% всех госпитализаций детей.

В возрастной группе 18-59 лет структура госпитализированной заболеваемости выглядит следующим образом: 25% составляют госпитализации женщин при беременности, родах и в послеродовом периоде; 17% (24,3 на 1000

населения) - госпитализации по поводу болезней системы кровообращения; 12,9% (18,5 на 1000 населения) - по поводу болезней мочеполовой системы; 7,4% (10,6 на 1000 населения) - по поводу болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани; 7,2% (10,3 на 1000 населения) – по поводу болезней органов пищеварения. Удельный вес госпитализированных больных с новообразованиями, травмами и отравлениями составляет соответственно 6,9% и 6% (9,8 и 8,6 на 1000 населения). Указанные классы болезней составляют 76,8% в структуре госпитализаций.

В возрастной группе 60 лет и старше 49,1% составляют госпитализации по поводу болезней системы кровообращения (118,5 госпитализаций на 1000 населения); 8,6% - госпитализации по поводу новообразований (20,8 на 1000 населения); по 7,2% - по поводу болезней мочеполовой системы и органов пищеварения (16,3 на 1000 населения); 7% - по поводу болезней глаз (16,1 на 1000 населения). Указанные классы болезней составляют 79,1% от всех госпитализаций.

При сравнении уровней госпитализированной заболеваемости взрослого населения в возрастных группах 18-59 лет и 60 лет и старше выявляется значительное увеличение с возрастом показателя по классу болезни системы кровообращения (в 5 раз), болезни глаз – в 12 раз, болезни органов дыхания - на 90%, болезни эндокринной системы – на 89%, болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани – на 12%. Уровень госпитализации по поводу болезней органов пищеварения уменьшается на 30%, по поводу травм и отравлений – на 22%, болезней мочеполовой системы – на 12%, болезней нервной системы – на 5%.

В течение года стационарную помощь в системе ОМС получили 189022 больных на сумму 1924,7 млн. руб. Финансовые ресурсы, затраченные на оплату госпитализаций, распределились неравномерно в разрезе возрастных групп. На медицинскую помощь, оказанную детям, было израсходовано 245 млн. руб. (12,7%), на пациентов в возрасте 18-59 лет - 982,7 млн. руб. (51,1%), на лиц 60 лет и старше – 697 млн. руб. (36,2%). Расчёт расходов на стационарную помощь одного жителя Рязанской области по возрастным группам показал, что на одного ребенка расходуется 1326,3 руб., на одного

жителя в возрасте 18-59 лет – 1373,8 руб., на одного жителя 60 лет и старше – 2708,8 руб. В среднем подушевой показатель на жителя составил 1924,7 руб. Разброс показателей обусловлен возрастными отличиями средней стоимости госпитализации, связанными с тяжестью патологии, требующей стационарной помощи. Так, при средней стоимости одной госпитализации без учёта возраста 10182,55 руб. средняя стоимость госпитализации 1 ребенка составила 9988,53 руб., пациента в возрасте 18-59 лет – 9606,41 руб., пациента в возрасте 60 лет и старше – 11206,85 руб. (на 16,7% дороже).

На оплату медицинских услуг, предоставляемых на амбулаторном уровне, было затрачено 905,5 млн. руб., (30,7% от всех затрат). Общее число амбулаторных посещений составило 6,82 млн. или 5,9 посещений в год в расчёте на одного жителя. При отдельном рассмотрении значения этого показателя по возрастным группам выявлены значительные различия.

Так, у детей число посещений в год на одного ребёнка составляет 10,9, в возрастной группе 18-59 лет – 4,0, в возрастной группе 60 лет и старше – 7,4 (на 85% больше, чем у трудоспособного населения). У детей 38,1% всех посещений составляют посещения по поводу болезней органов дыхания.

В возрастной группе 18-59 лет в структуре посещений лидируют обращения по поводу болезней органов дыхания (16,6%) и болезней системы кровообращения (14,3%). Последующие ранговые места по классам болезней распределились следующим образом: болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани – 10,6%, болезни мочеполовой системы – 9,95%, болезни органов пищеварения – 4,9%, новообразования – 4,6%, болезни нервной системы – 4,1%, травмы и отравления – 4%.

В возрастной групп 60 лет и старше 45,3% составляют посещения по поводу болезней системы кровообращения, по 7,9% - по поводу болезней глаза и его придатков и костно-мышечной системы и соединительной ткани, 6,6% - по поводу болезней органов дыхания, 6% - по поводу болезней мочеполовой системы, 5,8% - по поводу болезней эндокринной системы, 4,7% - по поводу новообразований.

На амбулаторно-поликлиническую помощь для детей израсходовано 264,5 млн. руб., что составляет 29% всех расходов на амбулаторную помощь в

системе ОМС Рязанской области. Расходы в группе лиц 18-59 лет составили 382,3 млн. руб. (42,2%), в старшей возрастной группе – 258,7 млн. руб. (28,8%). В среднем на одного жителя Рязанской области на оказание амбулаторно-поликлинической помощи расходуется 782,2 руб. в год. При этом на одного ребёнка приходится 1432,1 руб., на одного жителя в возрастной группе 18-59 лет – 534,5 руб., на одного пожилого человека 60 лет и старше – 1003 руб.

Расходы на стационарозамещающие формы медицинской помощи составили 115,7 млн. руб. или 3,9% от всех расходов на медицинскую помощь в системе ОМС Рязанской области. Отмечается колебание значений этого показателя в разрезе возрастных групп. Доля затрат на медицинскую помощь в дневных стационарах детям составила 3,1%, возрастной группе 18-59 лет – 4,9%, лицам старших возрастов – 3,0%. При рассмотрении подушевых показателей, характеризующих затраты на этот вид помощи в разрезе возрастных групп, отмечается выраженный рост расходов с увеличением возраста. Так, на одного ребёнка в год на стационарозамещающую помощь расходуется 88,7 руб., на одного жителя в возрасте 18-59 лет - 97,9 руб., в возрасте 60 лет и старше - 113,6 руб.

При определении доли расходов на все виды медицинской помощи в разрезе возрастных групп установлено, что на детей расходуется 17,85% от всех затрат на оплату услуг в системе ОМС, на пациентов в возрастной группе 18-59 лет - 48,7%, на лиц в возрасте 60 лет и старше – 33,45%. В среднем затраты на 1 жителя Рязанской области составили 2544,6 руб. в год. Среди детей этот показатель выше на 12% и составляет 2847,3 руб., в возрастной группе 18-59 лет показатель ниже на 21% - 2006,4 руб., в старшей возрастной группе выше в 1,5 раза и составляет 3820,8 руб. или на 90% больше, чем в трудоспособном возрасте.

Структура расходов по условиям предоставления медицинской помощи в разных возрастных группах имеет различия. В группе детей удельный вес затрат на амбулаторно-поликлиническую помощь составляет 50,3% от всех расходов на оплату медицинской помощи детям, на стационарную помощь - 46,6%, на стационарозамещающую помощь – 3,1%. В возрастной группе 18-59 лет уменьшается доля затрат на оплату амбулаторной помощи, она составляет

26,6%, доля затрат на стационарную помощь - 68,5%, на стационарозамещающую помощь - 4,9%. Указанные тенденции наблюдаются в возрастной группе 60 лет и старше, в которой доля расходов на амбулаторную помощь составляет 26,2%, на стационарную помощь - 70,8%, на стационарозамещающую - 3,0%.

Разработка ТПГГ должна основываться на половозрастной структуре населения региона с учетом потребности в медицинской помощи и дифференцированных коэффициентов ресурсопотребления различными возрастными группами пациентов.

Наряду с медико-экономической характеристикой деятельности медицинских организаций Рязанской области, в главе приводятся показатели, характеризующие качество медицинской помощи.

Комплексная оценка качества медицинской помощи показала высокую ведомственную оценку во всех медицинских организациях, принимавших участие в эксперименте, 0,95-0,99, менее высокую оценку вневедомственной экспертизы, проведённой СМО, 0,79-0,88. Результаты анкетирования пациентов показали разброс коэффициентов удовлетворённости от 1,3 до 2,0. На основании показателей медико-экономического контроля, ведомственной и вневедомственной экспертизы качества медицинской помощи и удовлетворённости пациентов была рассчитана комплексная оценка качества медицинской помощи по каждой медицинской организации (табл. 4).

Комплексная оценка качества медицинской помощи, сочетающая результаты экспертизы всех субъектов лечебно-диагностического процесса, позволяет с большей долей объективности определять рейтинг медицинских организаций, используя его для экономического стимулирования медицинских учреждений.

Примером анализа организации и качества предоставляемой медицинской помощи может служить оценка отдалённых результатов диспансеризации населения региона. Нами были изучены отдалённые результаты диспансеризации граждан с выявленными заболеваниями по разработанному нами алгоритму анализа результатов диспансеризации (схема 1).

Комплексная оценка качества медицинской помощи в медицинских организациях Рязанской области

ЛПУ	Оценка ведомственной экспертизы	Оценка вневедомственной экспертизы	Коэффициент удовлетворённости	Комплексная оценка
Городская больница №11	0,98	0,88	1,85	0,82
Областная клиническая больница	0,99	0,88	1,53	0,77
Больница им. Семашко	0,99	0,99	1,92	0,82
Онкологический диспансер	0,98	0,95	2,0	0,82
Скопинская ЦРБ	0,95	0,79	1,75	0,82
Поликлиника №12	0,96	0,96	1,3	0,72

Результаты исследования показали, что 8,8% прошедших диспансеризацию нуждались в стационарном лечении и обследовании, 14,5% - в амбулаторном лечении, 50,5% - в дополнительном диагностическом обследовании для уточнения диагноза. По данным медицинской документации только 54,8% из направленных в стационары были госпитализированы, амбулаторное лечение получили 76,8% нуждавшихся, 70,1% прошли дополнительное обследование. Всего были обследованы и получили лечение 51,6% пациентов с выявленной патологией. У 3,4% нуждавшихся в дополнительном обследовании и лечении лиц в медицинских документах не оказалось никаких сведений о медицинских мероприятиях и состоянии здоровья. Полностью признаны выздоровевшими после соответствующего лечения 3,6% жителей области, у которых при диспансеризации была выявлена патология. Улучшение состояния здоровья отмечено у 21,9% из исследуемого контингента. У 4,6% пациентов состояние ухудшилось, 1,4% из нуждавшихся в дополнительном обследовании и лечении были признаны инвалидами, 0,6% умерло. У 66,1% не отмечено каких-либо изменений в состоянии здоровья.



Результаты диспансеризации можно использовать как реперные точки для проведения третичной профилактики, а анализ отдалённых результатов диспансеризации как индикатор качества профилактической медицинской помощи.

Важным индикатором качества медицинской помощи является уровень удовлетворённости населения доступностью и качеством медицинской помощи. Результаты проведённого в Рязанской области опроса населения показали, что качеством и доступностью амбулаторно-поликлинической помощи удовлетворены 55,4% респондентов, не удовлетворены 19,3%, стационарной помощью удовлетворено 71,8%, не удовлетворено 9,4%, стационарозамещающей помощью удовлетворено 79,2%, не удовлетворено 8,5%.

В **седьмой главе** «Ресурсное обеспечение системы обязательного медицинского страхования Рязанской области в условиях организационно-

функциональной модели реформирования системы ОМС на региональном уровне» проведён анализ ресурсного обеспечения территориальной программы ОМС Рязанской области в динамике.

В структуре ТПГГ на 2000 г. по источникам её финансового обеспечения доля бюджетных средств составляла 70,9%, доля средств ОМС – 29,1%. На протяжении последующего периода наблюдалась тенденция роста доли средств ОМС в реализации ТПГГ, в 2010 г. доля средств ОМС составила 45,4%.

Основной проблемой реализации ТПОМС являлся её финансовый дефицит. Так, в 2000 г. дефицит ТПОМС составлял 76,59 %, в 2010 г. - 29,4%.

Одним из источников финансирования ТПОМС являются страховые взносы на ОМС неработающего населения, которые в 2000 г. в расчёте на одного неработающего в Рязанской области составлял 47,68 руб. в год. За период 2005-2010 гг. размер страховых взносов на ОМС одного неработающего жителя Рязанской области увеличился в 5 раз: с 624,4 руб. в 2005 году до 1529,03 руб. в 2010 г., что способствовало снижению дефицита финансирования ТПОМС.

Удельный вес расходов на различные виды медицинской помощи отражает приоритетность их развития и сложившуюся структуру лечебной сети в регионе. Так, в 1998-1999 гг. в ТПОМС не планировалась замещающая стационар помощь в связи с неразвитостью сети дневных стационаров. В 2000 г. стоимость медицинской помощи, оказываемой в дневных стационарах, составляла 1,4 млн. руб. (0,6 % от стоимости всей медицинской помощи в ТПОМС), в 2005 г. - 42,47 млн. руб. (3,2%), в 2010 г. – 109,09 млн. руб. (3,3%).

Плановые объёмы медицинской помощи, установленные ТПОМС, в 2005 г. на одного застрахованного в Рязанской области составляли для стационарной помощи 1,997 койко-дня на 1 застрахованного (выше норматива на 2,8%), для амбулаторной помощи – 7,877 посещения, (ниже норматива на 6,9%), для замещающей стационар помощи – 0,275 пациенто-дня, (ниже норматива на 42,7%), в 2010 г. – для стационарной помощи – 2,08 койко-дня, (выше норматива на 9,8%), для амбулаторной помощи – 7,489 посещения, (ниже норматива на 14,5%), для замещающей стационар помощи – 0,419, (ниже норматива на 29%).

Планирование объёмов медицинской помощи до 2011 г. основывалось на структуре существующей сети медицинских организаций в разрезе муниципальных образований Рязанской области и мало было связано с состоянием здоровья населения и демографическими тенденциями в регионе. В связи с этим превалировала медицинская помощь, предоставляемая населению в условиях стационара, не в полной мере использовались возможности дневных стационаров, стационаров на дому и амбулаторного звена, что снижало эффективность ресурсного обеспечения регионального здравоохранения.

В процессе подготовки к реформированию региональной системы ОМС нами была разработана и апробирована организационно-функциональная модель, включающая основные блоки системы ОМС, которые требовали перестройки в соответствии с Законом РФ от 23.11.2010 г. №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в РФ» и адаптации к региональным особенностям (схема 2). Для реализации отдельных норм закона были разработаны методические подходы, способствующие оптимизации ресурсного обеспечения ТПОМС, предложены способы оплаты и ценообразования медицинских услуг при переходе к одноканальному финансированию, сформирована методика комплексной оценки качества медицинской помощи.

Апробация организационно-функциональной модели реформирования региональной системы ОМС с поэтапным переходом на одноканальное финансирование, начатая в 2011 г., положила начало изменениям в ресурсном и организационном обеспечении сферы ОМС. В 2011 г. был осуществлён перевод в систему ОМС всей первичной медико-санитарной помощи (участковых больниц, врачебных амбулаторий, фельдшерско-акушерских пунктов), в 2012 году в ТПОМС включены все виды и профили медицинской помощи в соответствие с Базовой программой ОМС и начата оплата медицинской помощи по полному тарифу. Доля средств ОМС в ТПГГ в 2011 г. составила 62,4%, в 2012 г. - 74,2%, в 2013 г. – 86,0%. В 2012 г. здравоохранение Рязанской области полностью переведено на одноканальное финансирование, с 2013 г. в систему ОМС Рязанской области включена скорая медицинская помощь и медицинская реабилитация в санаторных учреждениях.

Организационно-функциональная модель реформирования региональной системы ОМС



Схема 2

Начиная с 2011 г., когда планирование объёмов медицинской помощи основывалось на половозрастной структуре населения с учётом различного ресурсопотребления в разрезе возрастных групп, в Рязанской области наблюдалась стойкая тенденция к сокращению финансового дефицита ТПОМС до 2,06% и ликвидация его в 2012 году. Подушевой норматив финансирования ТПОМС составил в 2012 г. 5 658,4 руб. в год, по сравнению с показателем 2011 г. увеличился на 40,9%, что в значительной мере связано с финансовым обеспечением содержания медицинских организаций. В то же время, подушевой норматив финансирования ТПОМС по 5 статьям затрат (оплата труда, начисления на заработную плату, медикаменты и перевязочные материалы, питание, мягкий инвентарь) увеличился на 17,9% и составил в 2012 году 4735,03 руб., превысив федеральный норматив на 15,4%.

В Рязанской области наблюдается положительная тенденция увеличения объёмов амбулаторной и замещающей стационар медицинской помощи. Так, объёмы амбулаторно-поликлинической помощи увеличились в 2011 г. по отношению к уровню 2005 г. на 20%, объёмы стационарозамещающей помощи – на 64%.

Несмотря на то, что средняя стоимость единицы объёма медицинской помощи в 2012 г. увеличилась по всем условиям оказания медицинской помощи, более значительный прирост составила стоимость пациенто-дня в дневных стационарах и амбулаторного посещения соответственно на 70,3% и 50,4%, что должно экономически стимулировать медицинские организации к переносу объёмов медицинской помощи из круглосуточных стационаров в амбулаторное звено.

В 2012 г. в регионе были внедрены эффективные способы оплаты медицинской помощи. Оплата амбулаторной медицинской помощи осуществлялась по подушевому нормативу с частичным фондодержанием. Амбулаторно-поликлиническим учреждениям выделяются финансовые средства по дифференцированному подушевому нормативу на лечебно-диагностические мероприятия, диспансеризацию, профилактику и реабилитацию. Внешние консультативно-диагностические услуги прикрепленному населению, которые не могут быть предоставлены в

поликлинике, оплачиваются из средств фондодержания. Оплата стационарной медицинской помощи осуществлялась по законченному случаю лечения с последующим переходом на оплату по стоимости клинико-статистических групп (КСГ). Оплата за законченный случай предусматривает фиксированный годовой бюджет на группу заболеваний. Скорая медицинская помощь оплачивается из средств ОМС по дифференцированному подушевому нормативу.

Внедрение организационно-функциональной модели реформирования региональной системы ОМС способствовало сокращению коечного фонда, развитию стационарозамещающих технологий, снижению средней длительности госпитализации; стимулировала развитие догоспитального обследования и подготовку пациентов, раннее направление пациентов на долечивание и реабилитацию, улучшила преемственность медицинской помощи в стационарных и амбулаторных учреждениях, обеспечила условия для внедрения дифференцированной системы оплаты труда медицинских работников.

Для методологического сопровождения организационно-функциональной модели реформирования ОМС на региональном уровне были разработаны методические рекомендации к ценообразованию и оплате медицинских услуг в условиях одноканального финансирования.

В **заключении** представлены результаты проведённого диссертационного исследования.

Выводы

1. Демографическая ситуация в Рязанской области характеризуется высокими показателями смертности 16,4 на 1000 населения (в РФ –14,2 , в ЦФО – 15,5) и низким уровнем рождаемости - 10,9 на 1000 населения в 2012 г. (в РФ - 13,4, в ЦФО - 10,8), хотя в период 2000-2012 гг. показатели рождаемости в Рязанской области увеличились на 55,4%, (с 7,0 до 10,9 на 1000 населения), а смертности снизились на 14,1% (с 19,1 до 16,4 на 1000 населения). Это привело к сокращению численности населения на 13,2% (с 1255 тыс. до 1144,7 тыс. человек), которое не удалось сгладить

миграционным притоком. Уменьшение численности населения сопровождается увеличением доли лиц старше трудоспособного возраста с 25,9% в 2000 г. до 28,1% в 2012 г. (в РФ - 21,6%, в ЦФО – 24,5%). Неблагоприятные демографические тенденции сопровождается высокими показателями распространённости болезней по классам «Болезни системы кровообращения» (235,5 на 1000 населения) и «Новообразования» (47,4 на 1000 населения).

2. Расчёт потребности во врачебных кадрах при оказании амбулаторной помощи в системе ОМС показал, что численность штатных должностей в действующей амбулаторной сети Рязанской области установлена без должного научного обоснования. Рассчитанные нами показатели потребности в штатных должностях врачей-специалистов свидетельствуют об их избыточности. Сложившаяся функция врачебной должности врачей-онкологов составила 2843 посещения на 1 врача в год (норматив – 5827), врачей-кардиологов – 3710 (норматив – 5206), урологов – 4016 (норматив – 5891), оториноларингологов – 5277 (норматив - 8782). Расчет потребности во врачах-специалистах, основанный на нормативных значениях нагрузки, (1654 должности), соответствует числу физических лиц, занятых в амбулаторном звене (1753 врача).
3. Расчёт потребности в больничных койках показал, что коечный фонд Рязанской области превышает необходимое для реализации ТППГ число коек в круглосуточных стационарах на 7,8%. Для выполнения необходимых объёмов стационарной помощи в соответствии с рекомендуемым нормативом требуется развернуть 9775 коек. При этом недостаточно используются стационарозамещающие формы оказания медицинской помощи. Объёмы медицинской помощи, оказанные в дневных стационарах, на 37% меньше потребности в них.
4. Анализ медико-экономических показателей деятельности медицинских организаций выявил, что на оказание медицинской помощи детям расходуется 17,85% от всех затрат на оплату услуг в системе ОМС, пациентам в возрастной группе 18-59 лет - 48,7%, лицам в возрасте 60 лет и старше – 33,4%. В среднем затраты на 1 жителя составили 2544,6 руб. в год.

У детей этот показатель выше на 12% (2847,3 руб.), в возрастной группе 18-59 лет показатель на 21% ниже (2006,4 руб.), в возрастной группе 60 лет и старше выше в 1,5 раза (3820,8 руб.) или на 90% больше, чем в возрасте 18-59 лет.

5. Удельный вес финансовых затрат на амбулаторную помощь в группе детей составляет 50,3%, трудоспособного населения - 26,6%, в возрастной группе 60 лет и старше - 26,2%. На стационарную помощь детей финансовые затраты составляют 46,6%, лиц 18-59 лет - 68,5%, лиц старше трудоспособного возраста - 70,8%. Доля финансовых затрат на стационарзамещающую помощь у детей составляет 3,1%, у трудоспособного населения – 4,9%, в возрастной группе 60 лет и старше – 3,0%. При оказании медицинской помощи взрослому населению приоритет отдаётся более затратному стационарному лечению.
6. Комплексная оценка качества медицинской помощи, проведённая в медицинских организациях Рязанской области, содержала высокую ведомственную оценку во всех медицинских организациях, принимавших участие в эксперименте: от 0,95 до 0,99, менее высокую оценку вневедомственной экспертизы, проведённой СМО, от 0,79 до 0,88 и значительный разброс коэффициентов удовлетворённости от 1,3 до 2,0. Результаты проведённой оценки качества медицинской помощи использовались для формирования рейтинга медицинских организаций при их экономическом стимулировании.
7. Проведенные социологические опросы удовлетворенности доступностью и качеством медицинской помощи показали, что амбулаторно-поликлинической помощью были удовлетворены 55,4% респондентов, стационарной – 71,8%, медицинской помощью в дневных стационарах, – 79,2%.
8. Разработка организационно-функциональной модели реформирования региональной системы ОМС в Рязанской области требует формирования специального методического инструментария, учитывающего особенности организации медицинской помощи и демографических тенденций региона.

9. Этапность перехода на одноканальное финансирование в Рязанской области необходима и логически соответствует направлениям реализации Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации». В систему ОМС (2013 г.) включены все виды медицинской помощи в соответствии с Базовой программой ОМС. Осуществляется оплата медицинской помощи по полному тарифу. В 2012 г. доля средств ОМС в ТПГГ составила 74,2% (в 2010 г. – 45,4%). В 2012 году наблюдался рост финансирования ТПОМС до 4780,06 млн. руб., впервые ТПОМС выполнена без дефицита (в 2010 г. дефицит составлял 29,4%).
10. Анализ финансового обеспечения системы ОМС Рязанской области до 2010 г. свидетельствует о сложившейся диспропорции. Приоритет отдавался более затратному стационарному лечению, на которое направлялось 65,6% всех финансовых средств ОМС, на амбулаторную помощь – 31,2%, на стационарозамещающую – 3,2%. Увеличение ресурсного обеспечения ТПОМС в 2011 году и изменение ценообразования с учётом выявленных демографических особенностей региона сопровождалось значительным повышением расходов на амбулаторно-поликлиническую помощь: несмотря на введение в систему ОМС новых стационарных мощностей, финансирование амбулаторной помощи увеличилось на 27%, стационарной – на 13%.
11. Разработанная и апробированная организационно-функциональная модель реформирования региональной системы ОМС позволила повысить эффективность использования ресурсов ОМС и улучшить качество медицинской помощи, оказываемой населению, о чём свидетельствует повышение рейтинга системы ОМС Рязанской области на 26 пунктов.

Предложения

1. На федеральном уровне осуществлять разработку моделей развития здравоохранения с учетом особенностей демографических тенденций в регионах.

2. На региональном уровне осуществлять планирование и организацию медицинской помощи населению на основе мониторинга демографических тенденций в регионе.
3. На региональном уровне (Минздраву Рязанской области) поэтапно ликвидировать структурные диспропорции:
 - перепрофилировать коечный фонд в соответствии с потребностью населения в стационарной помощи, определённой с учётом прогноза заболеваемости и демографических тенденций; организовать работу диагностических и реабилитационных коек;
 - перевести часть объёмов медицинской помощи из круглосуточных стационаров в дневные стационары и стационары на дому;
 - развивать специализированные виды стационарной помощи с внедрением современных медицинских технологий и переводом потоков пациентов в специализированные отделения из непрофильных, усилить координацию деятельности медицинских учреждений и специалистов;
 - привести штатную численность врачебного персонала в соответствие с потребностью населения в медицинской помощи, нагрузку врачей амбулаторно-поликлинического звена в соответствие с нормативом, одновременно повышая мотивацию к достижению установленных индикаторов результатов труда стимулирующими выплатами;объединить детские поликлиники с малой численностью прикрепленного населения.
4. Территориальному фонду ОМС и Министерству здравоохранения Рязанской области:
 - вносить аргументированные предложения органам исполнительной и законодательной власти об увеличении ресурсного обеспечения территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания населению медицинской помощи, связанного с постарением населения и повышением рождаемости;
 - при разработке территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания населению медицинской помощи поэтапно увеличивать объёмы и долю финансового обеспечения амбулаторно-

- поликлинической помощи с одновременным снижением объёмов и удельного веса финансирования стационарной помощи.
5. Медицинским организациям использовать методику анализа отдалённых результатов диспансеризации населения с целью повышения её эффективности.
 6. Территориальному фонду ОМС совместно с СМО и руководителями медицинских организаций организовать проведение социологического мониторинга удовлетворённости различных социальных групп населения доступностью и качеством медицинской помощи.
 7. Руководителям медицинских организаций внедрить в практику комплексную оценку качества медицинской помощи, включающую, помимо результатов внутри- и вневедомственного контроля качества медицинской помощи, оценку удовлетворённости пациентов.
 8. Разработанные в рамках настоящего исследования методические приёмы, учитывающие особенности организации медицинской помощи и демографические тенденции региона, могут быть использованы территориальными фондами ОМС для реформирования систем ОМС на региональном уровне.
 9. Материалы исследования могут быть использованы в учебном процессе на кафедрах общественного здоровья и здравоохранения, медицинского страхования, экономики здравоохранения медицинских университетов и академий для студентов и слушателей институтов и факультетов последипломной подготовки.

СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ

Работы, опубликованные в ведущих рецензируемых журналах, рекомендованных ВАК

1. Артемьева, Г.Б. Состояние экспертизы качества медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования Рязанской области /И.П. Чернов, Г.Б. Артемьева, И.В. Успенская //Бюллетень НИИ социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением им. Н.А.Семашко. Тематический выпуск. - Ч.2. –М., 2002. – С.129-131.
2. Артемьева, Г.Б.Технология оплаты медицинской помощи в региональной системе обязательного медицинского страхования /И.П.Чернов [и др.] //Бюллетень НИИ социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением им. Н.А.Семашко. Тематический выпуск. - Ч.2. – М., 2002. – С.132-134.

3. Артемьева, Г.Б. О реализации программы обязательного медицинского страхования населения Рязанской области в 2004 году /Г.Б. Артемьева, И.В. Успенская //Экономика здравоохранения. – 2006. - №8. – С.37-39.
4. Артемьева Г.Б. Заболеваемость населения и потребность в больничных койках /И.А. Гехт, Г.Б. Артемьева //Экономика здравоохранения. – 2010. - №7. - С.-5-8.
5. Артемьева, Г.Б. О применении различных способов оплаты медицинских услуг в системе обязательного медицинского страхования /И.А. Гехт, Г.Б. Артемьева //Экономика здравоохранения. – 2010. - №11-12. - С.34-39.
6. Артемьева, Г.Б. Современные демографические тенденции и проблемы модернизации здравоохранения /Г.Б. Артемьева, И.А. Гехт, А.В. Гайлис //Российский медико-биологический вестник имени академика И.П.Павлова. – 2011. - №1. - С.142-145.
7. Артемьева, Г.Б. К вопросу о формировании цен на стационарные медицинские услуги в системе обязательного медицинского страхования /И.А. Гехт, Г.Б. Артемьева //Экономика здравоохранения. – 2011. - №1-2. - С.31-33.
8. Артемьева, Г.Б. Постарение населения и некоторые проблемы обязательного медицинского страхования /Г.Б. Артемьева, И.А.Гехт //Проблемы управления здравоохранением. – 2011. - №5. – С.28-30.
9. Артемьева, Г.Б. Некоторые проблемы перехода к одноканальному финансированию / И.А. Гехт, Г.Б. Артемьева //Экономика здравоохранения. – 2011. - №7-8. – С.55-58.
10. Артемьева Г.Б. Модернизация здравоохранения и некоторые вопросы этапности медицинской помощи / Г.Б. Артемьева, И.А. Гехт //Проблемы управления здравоохранением. – 2011. - №6. – С.6-8.
11. Артемьева, Г.Б. Постарение населения и программа модернизации / И.А. Гехт, Г.Б. Артемьева //Клиническая геронтология. – 2011. - 11-12. – С.57-60.
12. Артемьева, Г.Б. О некоторых демографических аспектах реализации закона об обязательном медицинском страховании / И.А. Гехт, Г.Б. Артемьева //Социальные аспекты здоровья населения. – 2012. - №2.- С.1-11. <http://vestnik.mednet.ru/content/view/393/27/lang.ru/>
13. Артемьева, Г.Б. Экономические аспекты финансирования первичной медико-санитарной помощи в современных условиях /М.В. Пирогов, Г.Б. Артемьева //Справочник врача общей практики. – 2012. - №5. – С.18-22.
14. Артемьева, Г.Б. О некоторых проблемах включения санаториев в реализацию территориальных программ обязательного медицинского страхования /Г.Б. Артемьева, И.А.Гехт //Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. – 2012. - №1. – С.32-34
15. Артемьева, Г.Б. Методические подходы к расчету подушевых нормативов с фондодержанием для финансирования амбулаторной помощи /М.В. Пирогов, Г.Б. Артемьева // Справочник врача общей практики. – 2012. - №7. – С.69-74.
16. Артемьева, Г.Б. Методы оплаты амбулаторной помощи в системе обязательного медицинского страхования / И.А. Гехт, Г.Б. Артемьева //Бухучет в здравоохранении. – 2012. - №6. – С.21-23.
17. Артемьева, Г.Б. Методы оплаты стационарной помощи в системе обязательного медицинского страхования / И.А. Гехт, Г.Б. Артемьева //Бухучет в здравоохранении. – 2012. - №7. – С.68-70.
18. Артемьева, Г.Б. О некоторых демографических аспектах региональных программ модернизации здравоохранения /Р.А. Галкин, И.А. Гехт, Г.Б. Артемьева //Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2012. - №2. – С.17-19.

19. Артемьева, Г.Б. Постарение населения и некоторые проблемы организации скорой медицинской помощи / Г.Б. Артемьева, И.А.Гехт //Здравоохранение Российской Федерации. – 2012. - №3. – С.42-44.
20. Артемьева, Г.Б. Система обеспечения прав граждан при получении медицинской помощи в Рязанской области в сфере обязательного медицинского страхования /Г.Б. Артемьева, Е.В. Манухина //Вестник Росздравнадзора. – 2012. - №4. – С. 10-13.
21. Артемьева, Г.Б. Оплата медицинских услуг при одноканальном финансировании в системе ОМС /И.А. Гехт, Г.Б. Артемьева //Бухучет в здравоохранении. – 2012. - №9. – С.54-57.
22. Артемьева, Г.Б. Некоторые демографические тенденции в Рязанской области /Г.Б. Артемьева, И.А. Гехт //Российский медико-биологический вестник имени академика И.П.Павлова. – 2012. -№3. – С.78-82.
23. Артемьева, Г.Б. О некоторых проблемах ценообразования в региональной системе ОМС и пути их решения / И.А. Гехт, Г.Б. Артемьева //Бухучет в здравоохранении. – 2012. - №11. – С.63-66.
24. Артемьева, Г.Б. Подушевой метод оплаты скорой медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования / И.А. Гехт, Г.Б. Артемьева //Врач скорой помощи. – 2012. - №11. – С.28-31.
25. Артемьева Г.Б. Роль стандартов в повышении эффективности здравоохранения и качества медицинской помощи /Е.В. Манухина, Г.Б. Артемьева //Социальные аспекты здоровья населения. – 2012. - №5.- С.1-5. <http://vestnik.mednet.ru/content/view/431/27/lang.ru/>
26. Артемьева, Г.Б. Методические подходы к формированию дифференцированного подушевого норматива в системе обязательного медицинского страхования /Г.Б. Артемьева, И.А. Гехт //Российский медико-биологический вестник имени академика И.П.Павлова. – 2012. - №4. – С.82-86.
27. Артемьева, Г.Б. Стандартизация как основа совершенствования стационарной медицинской помощи в Рязанской области /Е.В.Манухина, Г.Б. Артемьева //Российский медико-биологический вестник имени академика И.П.Павлова. – 2013. - №1. – С.73-77.
28. Артемьева, Г.Б. Некоторые медико-экономические особенности включения санаториев в систему обязательного медицинского страхования/ Г.Б. Артемьева, И.А. Гехт //Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физкультуры. – 2013. - №1 – С.83-85.
29. Артемьева, Г.Б. Комбинированный способ оплаты медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования / И.А. Гехт, Г.Б. Артемьева //Бухучёт в здравоохранении. – 2013. - №3. С.56-58.
30. Артемьева, Г.Б. Диспансеризация населения – важный фактор сохранения здоровья / Г.Б. Артемьева, И.А. Гехт //Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации. – 2013. – №2. – С. 44-49.
31. Артемьева, Г.Б. Уровень удовлетворённости застрахованных граждан при получении медицинской помощи в Рязанской области / Г.Б. Артемьева, Е.В. Манухина //Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации. – 2013. – №2. – С. 50-55.
32. Артемьева, Г.Б. Обязательному медицинскому страхованию в России 100 лет. /И.А. Гехт, Г.Б. Артемьева, В.Н. Мокшин //Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации. – 2013. – №3. – С. 36-41.
33. Артемьева, Г.Б. О мониторинге выполнения территориальной программы обязательного медицинского страхования в регионах. /И.А. Гехт, Г.Б. Артемьева //Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации. – 2013. – №3. – С. 54-57.

Работы, опубликованные в других изданиях

34. Артемьева, Г.Б. О территориальной программе обязательного медицинского страхования граждан Рязанской области на 2000 год /Н.И. Толстов [и др.] //Актуальные вопросы здравоохранения населения на рубеже 21 века. Сборник научных трудов под ред. акад. МАИ, проф. М.Ф.Сауткина. – Рязань, 2000. – С.106-110.
35. Артемьева, Г.Б. Обеспечение государственных гарантий бесплатной стационарной помощи населению региона /Г.А. Пономарёва [и др.] //Здравоохранение. – 2000. - №8. – С.21-30.
36. Артемьева, Г.Б. Проблемы и перспективы оплаты стационарной медицинской помощи в регионе /И.П.Чернов [и др.] //Здравоохранение. – 2002. - №7. – С.33-40.
37. Артемьева, Г.Б. К проблеме реализации территориальной системой обязательного медицинского страхования приоритетного национального проекта «Здоровье» /Г.Б. Артемьева, И.В. Успенская //Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации. – 2007. - №2. – С.29-31.
38. Артемьева, Г.Б.Фондодержание в системе ОМС: плюсы и минусы. /И.А. Гехт, Г.Б. Артемьева //Менеджер здравоохранения. – 2011. - №6. - С.-45-49.
39. Артемьева, Г.Б. Недетские проблемы детского здравоохранения /И.А. Гехт, Г.Б. Артемьева //Менеджер здравоохранения. – 2011. - №7. - С.14-21.
40. Артемьева, Г.Б. Методика определения дифференцированных сумм доплат врачам-специалистам в ходе реализации региональной программы модернизации здравоохранения /В.Н. Мокшин, И.А.Гехт, Г.Б. Артемьева //Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации. – 2011. - №3. – С. 36-38.
41. Артемьева, Г.Б. /И.А. Гехт, Г.Б. Артемьева Некоторые методические аспекты реализации закона об обязательном медицинском страховании на региональном уровне. - Самара. ООО «Акцент» (издательство)- 2011. – 104 с. (тираж 500 экз.)
42. Артемьева, Г.Б. Рифы и мели одноканального финансирования /И.А.Гехт, Г.Б. Артемьева //Менеджер здравоохранения. – 2011. - №12. – С.10-14.
43. Артемьева, Г.Б. / Г.Б. Артемьева, И.А.Гехт. Модернизация региональных систем обязательного медицинского страхования: демографические и методологические проблемы. Рязань, ООО «Акцент» (издательство) 2011. -228 с. (тираж 500 экз.)
44. Артемьева, Г.Б. Семнадцать мгновений обновления здравоохранения России. /Р.А. Галкин, И.А. Гехт, Г.Б. Артемьева //Менеджер здравоохранения. – 2012. - №3.-С.13-19
45. Артемьева, Г.Б. К вопросу об экономической мотивации деятельности медицинских работников в системе обязательного медицинского страхования /И.А.Гехт, Г.Б. Артемьева //Менеджер здравоохранения. – 2012. - №4.-С.6-11.
46. Артемьева, Г.Б. Занимательная арифметика для организаторов здравоохранения / И.А.Гехт, Г.Б. Артемьева //Менеджер здравоохранения. – 2012. - №5.- С.17-23.
47. Артемьева, Г.Б. Принципы оплаты скорой медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования /И.А.Гехт, Г.Б. Артемьева //Менеджер здравоохранения. – 2012. - №6. - С.21-26.
48. Артемьева, Г.Б. /И.А. Гехт, Г.Б. Артемьева, Д.А. Пирский. Постарение населения: демографические, медицинские и экономические аспекты. Самара, ООО «Акцент» (издательство) 2012. – 326 с. (тираж 500 экз.)
49. Артемьева, Г.Б. Основные направления организации стационарной медицинской помощи лицам старших возрастов /И.А. Гехт, Г.Б. Артемьева //Менеджер здравоохранения. – 2012. - №7. - С.20-24.

50. Артемьева, Г.Б. О доступности медицинской помощи в условиях модернизации здравоохранения в Рязанской области в 2011 году /Г.Б. Артемьева, Е.В. Манухина //Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации. – 2012. - №3. – С.38-41.
51. Артемьева, Г.Б. Медико-экономическая оценка стационарозамещающей помощи в Рязанской области /И.А. Гехт, Г.Б. Артемьева /Современные проблемы эффективности управления здравоохранением: Материалы научно-практической конференции с международным участием. Москва, 14-16 декабря 2011 г. /Под ред. Акад. РАМН, проф. Вялкова А.И. – М.: РЦ «Фарммединфо», 2012. – С.97-99.
52. Артемьева, Г.Б. Экономическая характеристика деятельности медицинских организаций в системе обязательного медицинского страхования в Рязанской области /Г.Б. Артемьева, И.А.Гехт /Современные проблемы эффективности управления здравоохранением: Материалы научно-практической конференции с международным участием. Москва, 14-16 декабря 2011 г. /Под ред. Акад. РАМН, проф. Вялкова А.И. – М.: РЦ «Фарммединфо», 2012. – С.100-101.
53. Артемьева, Г.Б. Медицинские стандарты как инструмент управления качеством медицинской помощи /Г.Б. Артемьева, Е.В. Манухина //Теоретические и практические вопросы клинической медицины: Сборник научных трудов, посвященных 30-летию ГБУ Рязанской области «Областная клиническая больница». /Под ред. к.м.н. А.А.Низова. – Рязань, 2012. – С.14-16.
54. Артемьева, Г.Б. Одноканальное финансирование: проблемы, перспективы, методы оплаты (на примере Самарской области) /И.А. Гехт, Г.Б. Артемьева //ГлавВрач. – 2012. – №10 - С.22-31.
55. Артемьева, Г.Б. Методические подходы к определению потребности в диагностических койках и стоимости медицинской помощи, оказываемой на них. /И.А. Гехт, Г.Б. Артемьева //Менеджер здравоохранения. – 2012. - №11. - С.14-17.
56. Артемьев,а Г.Б. Методические подходы к оплате медицинских услуг в системе ОМС при одноканальном финансировании /И.А. Гехт, Г.Б. Артемьева //ГлавВрач. – 2012. – №11. - С.37-42
57. Артемьев,а Г.Б. Международный опыт подушевого финансирования здравоохранения /Г.Б. Артемьева, М.В. Пирогов //ГлавВрач. – 2012. – №11. - С.57-62.
58. Артемьева, Г.Б. Изучение удовлетворенности населения Рязанской области медицинской помощью, оказанной в системе обязательного медицинского страхования /Г.Б. Артемьева, И.А. Гехт //Менеджмент качества в сфере здравоохранения и социального развития. – 2012. - №4. – С.63-65.
59. Артемьева, Г.Б. Политика охраны здоровья: о «Стратегии здравоохранения 2020» и не только.../ И.А. Гехт, Г.Б. Артемьева //Менеджер здравоохранения. – 2012. - №12. -С.15-21.
60. Артемьева, Г.Б. О некоторых методологических подходах к ценообразованию и оплате медицинских услуг в системе ОМС .../И.А. Гехт, Г.Б. Артемьева //Менеджер здравоохранения. – 2013. - №1. -С.8-14.
61. Артемьева, Г.Б. Определение потребности в больничных койках в Рязанской области /Г.Б. Артемьева, И.А. Гехт //Менеджер здравоохранения. – 2013. - №2. - С.27-35.
62. Артемьева, Г.Б. /И.А. Гехт, Г.Б.Артемьева О некоторых методических подходах к организации медицинской помощи, формированию стоимости медицинских услуг и их оплате в региональной системе обязательного медицинского страхования. Самара, ООО «Акцент» (издательство) 2013. – 144 с. (тираж 500 экз.)
63. Артемьева, Г.Б. Постарение населения и некоторые вопросы организации первичной медицинской помощи в системе ОМС /И.А. Гехт, Г.Б.Артемьева //Главврач. – 2013. - №1. - С.21-26.

64. Артемьева, Г.Б. Особенности подушевого способа оплаты медицинской помощи /Г.Б. Артемьева, М.В. Пирогов //Главврач. – 2013. - №1. - С.27-32.
65. Артемьев,а Г.Б. Определение потребности населения Рязанской области во врачебных кадрах, оказывающих амбулаторную помощь /Г.Б. Артемьева, И.А. Гехт //Главврач. – 2013. - №2. - С.66-70.
66. Артемьева, Г.Б.Фондодержание: взгляд через четверть века /И.А. Гехт, Г.Б. Артемьева //Менеджер здравоохранения. – 2013. - №3. -С.16-23.
67. Артемьев,а Г.Б. К вопросу об эффективности расходования средств обязательного медицинского страхования / И.А. Гехт, Г.Б. Артемьева //Менеджер здравоохранения. – 2013. - №5. -С.26-29.
68. Артемьева, Г.Б. Стандартизация как основа совершенствования организационно-экономических отношений в отечественном здравоохранении /Г.Б. Артемьева, М.В. Пирогов //Главврач. – 2013. - №6. – С.18-23
69. Артемьева, Г.Б. Пролетят ли грабли мимо? Всеобщая диспансеризация: декларации и реальность... / И.А. Гехт, Г.Б. Артемьева Г.Б. //Менеджер здравоохранения. – 2013. - №7. - С.6-14.
70. Артемьева, Г.Б. О некоторых проблемах оценки заработной платы медицинских работников /И.А. Гехт, Г.Б. Артемьева //Менеджер здравоохранения. – 2013. - №9. - С.6-11.

Список сокращений

ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения
 КМП – качество медицинской помощи
 КСГ – клинико-статистическая группа
 МЗ РФ – Министерство здравоохранения Российской Федерации
 МКБ – Международная классификация болезней
 ОМС – обязательное медицинское страхование
 ППГ – программа государственных гарантий бесплатного оказания населению медицинской помощи
 РФ – Российская Федерация
 СМО – страховая медицинская организация
 ТППГ – территориальная программа государственных гарантий оказания населению бесплатной медицинской помощи
 ТПОМС - территориальная программа обязательного медицинского страхования
 ТФОМС – территориальный фонд обязательного медицинского страхования
 ФАП – фельдшерско-акушерский пункт
 ФФОМС – федеральный фонд обязательного медицинского страхования
 ЦФО – Центральный Федеральный округ