

этих услуг (ст.430 ГК РФ), а Федеральное агентство по здравоохранению и социальному развитию опосредует эти отношения.

Оно не является исполнителем медуслуг; Федеральное агентство по здравоохранению и социальному развитию действует не в порядке административного управления деятельностью исполнителей медуслуг, а в качестве стороны договора; Федеральное агентство по здравоохранению и социальному развитию от имени государства осуществляет функции плательщика за медуслуги, предоставляемые гражданам товаропроизводителями. На этапе перехода средств государственной казны от государства к субъектам оказания медуслуг возникают проблемы соразмерности оплаты характеристикам товара (медуслуг). Решение этих проблем административным способом нормирования цены медуслуг без учета рыночных показателей, как показывает практика [1], лишь порождает экономическую инициативу медработников и развитие теневого оборота в здравоохранении. Полагаться только на рыночные цены не позволяет их рост, и возникает необходимость контроля, затраты на ведение которого составляют уже треть цены медуслуг [7]. Этим создается замкнутый круг: чтобы сдерживать рост цен, нужен контролирующий аппарат, содержание которого еще больше удорожает медуслуги. Решение этой проблемы состоит в нахождении рычагов воздействия не на цену, а на себестоимость, издержки производства медуслуг, оплачиваемых за счет средств государственной казны.

Прежде должны быть исключены все иные непроизводственные расходы из госказны, в частности, на содержание бюджетных учреждений здравоохранения. В условиях круговорота средств госказны, когда они циркулируют между казначейством и бюджетными учреждениями здравоохранения, товарообмена (т.е. смены принадлежности товара) не происходит, в связи с чем без их преобразования в формы организаций, основанных не на государственном или муниципальном, а на собственном имуществе (партикуляризации), проблема экономии средств финансирования здравоохранения решена не будет. Цена медуслуг, оказываемых гражданам, основанных на собственном имуществе товаропроизводителями, определяется издержками, основную часть которых составляет арендная плата и налоги. В стремлении снизить себестоимость оплачиваемых из казны медуслуг государство заинтересовано в снижении арендной платы и налогов, бремя которых ложится на товаропроизводителей.

Беспричастизационная партикуляризация бюджетных учреждений здравоохранения [3, 5] позволяет создать по всей стране сеть объектов здравоохранения, изъятых у них перед преобразованием в формы организаций, основанных на собственном имуществе. Последующее размещение на этих объектах субъектов оказания медуслуг делает возможным создать для них шадящий режим арендных платежей, уменьшить себестоимость медуслуг за счет этой составляющей. В социальной сфере и в здравоохранении товаропроизводители своей экономической деятельностью достигают прямой, а не только опосредованной налогами социальной эффект. В условиях понимания, что их деятельность – не для пополнения казны, государство может создать для них шадящий режим налогообложения, уменьшить себестоимость медицинских услуг за счет этой составляющей.

Возможно еще создание целого ряда механизмов компенсаций и льгот для товаропроизводителей в здравоохранении, влияющих на снижение себестоимости медуслуг, оказываемых ими гражданам. Важно различать компенсации и льготы для товаропроизводителей (с целью снижения их производственных издержек) и таковых – для потребителей: любого рода льготы для граждан должны не ложиться бременем на доходы товаропроизводителей, а компенсироваться государством из казны. Подобный подход и меры поддержки товаропроизводителя в здравоохранении позволяют создать баланс цен на медуслуги и сделать прозрачной норму прибыли без посягательств на рентабельность. Экономичность здравоохранения тем выше, чем выше степень понимания в государстве законов экономики и ясное стремление сократить расходы государственной казны не в ущерб товаропроизводителям и на пользу потребителям.

Литература

1. Габуева Л.А. и др. //Главный врач: хозяйство и право.– 2006.– № 3.– С.14–20.
2. Закон Российской Федерации от 28 июня 1991 года № 1499-1 «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» (в ред. Закона РФ от 02.04.1993 N 4741-1, Федерального закона от 29.05.2002 N 57-ФЗ, с изм., внесенными Указом Президента РФ от 24.12.1993 N 2288, Федеральным законом от 01.07.1994 N 9-ФЗ).

3. Лозовский А.В., Тихомиров А.В. //Главный врач: хозяйство и право.– 2004.– № 5.– С.28–30.

4. Тихомиров А.В. //Главный врач: хозяйство и право.– 2004.– № 2.– С.2–5.

5. Стародубов В.И., Тихомиров А.В. //Главный врач: хозяйство и право.– 2006.– № 2.– С.19–25.

6. Федеральный закон «Бюджетный кодекс Российской Федерации» от 31 июля 1998 года № 145-ФЗ (в ред. Федерального закона от 05.08.2000 N 116-ФЗ).

7. Davis K., Cooper B.S./ Пер. Панова А.В. //Главный врач: хозяйство и право.– 2004.– № 1.– С.36–43.

УДК 614.2

РЫНОК В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

А.В.ТИХОМИРОВ*

Схема финансирования здравоохранения замыкает в автономный круговорот средства казны, обращающиеся через бюджет, внебюджетные фонды и учреждения здравоохранения.

Расходы консолидированного бюджета Российской Федерации на здравоохранение относятся к экономике здравоохранения, притом что понятием здравоохранения охватывается бюджетная отрасль – сфера подведомственности органам управления здравоохранением и финансирования из казны бесплатного оказания медуслуг гражданам учреждениями здравоохранения.

Бюджетные учреждения здравоохранения не являются участниками товарных отношений постольку, поскольку в круговороте средств государственной казны не происходит товарообмена. А средства финансирования здравоохранения обращаются не на воспроизводство, а на потребление – учреждениями здравоохранения вместо потребителей-граждан. По существу, государство платит гражданам медуслугами, производимыми бюджетными учреждениями здравоохранения. А бюджет здравоохранения представляет собой долю использования, а не создания валового внутреннего продукта (ВВП), как за рубежом.

Несмотря на то, что доля нерыночных услуг отражается в статистике создания ВВП, и нерыночным, дополнительным к гарантированному объему бесплатной медпомощи медицинским услугам придается значение товара как оплачиваемым за счет казны, при этом не происходит товарообмен, переход денежных средств от одного правообладателя к другому, поскольку при существующем устройстве здравоохранения (и бюджетной сферы в целом) и со стороны плательщика, и со стороны получателя средств оплаты выступает казна (государство или муниципальное образование). Имеет место перераспределение денежных средств в пределах казны, особыми путями приводящее к такому же нетоварному их потреблению, как и при обычном бюджетном их расходовании. Бюджетные учреждения здравоохранения участвуют в товарообмене лишь при оказании «платных»¹ медуслуг, когда происходит взаимный обмен предоставлениями разной принадлежности. А частные товаропроизводители в здравоохранении никаких других медуслуг, кроме «платных», не оказывают. Поэтому наряду с экономикой потребления в здравоохранении развивается экономика воспроизводства, в которой участвуют частные товаропроизводители и учреждения здравоохранения при оказании «платных» медуслуг. В здравоохранении объем потребления составляет тысячи миллиардов рублей, а объем воспроизводства («платных» медуслуг) исчисляется лишь десятками миллиардов рублей, притом, что оборот платных услуг является выражением экономики в здравоохранении.

Доля платных медуслуг составляет ежегодно около 5% от общего числа платных услуг в государстве, из которых на 2 единицы оплаты услуг государственных и муниципальных учреждений здравоохранения приходится 1 единица оплаты услуг частных медицинских организаций, притом что на 5 государственных и муниципальных учреждений здравоохранения приходится 1 частная медицинская организация. Государственные и муниципальные учреждения здравоохранения производят 2/3 объема платных медуслуг, а в 5 раз меньше числом частные медицинские организации и частнопрактикующие врачи – остав-

* Московская областная коллегия адвокатов

¹ такое деление является изначально порочным, поскольку бесплатных услуг – в качестве товара – не существует, а без товарных качеств подобное предоставление лишено свойств услуги.

шуюся 1/3: только 1/3 выпуска платных медуслуг, производимых 1/5 от числа государственных и МУЗ численностью частных медицинских организаций и частнопрактикующих врачей, создает легальную сферу реального создания ВВП.

В отличие от частных медорганизаций и частнопрактикующих врачей, в государственных и МУЗ плата за эти услуги, нормируется государственными и муниципальными органами, и в качестве доходов изымается в казну. Такая – нерыночная – организация здравоохранения при товарной организации общества порождает экономическую инициативу медработников бюджетных учреждений здравоохранения. На каждые 2 единицы официальной оплаты платных медуслуг, оказываемых государственными и МУЗ, приходится 1 единица теневой оплаты (некассовая оплата врачам). С учетом оплаты нерыночных услуг за счет налогов для потребителя государственное и муниципальное здравоохранение является более накладным, чем оплата медуслуг частных организаций. Экономика здравоохранения расслоилась: нерыночный легальный оборот бесплатных медуслуг, предоставляемых государственными и МУЗ – это сфера легального использования или *псевдо-создания* ВВП. Нерыночный нелегальный оборот платных для граждан медуслуг, оказываемых одновременно с бесплатными в государственных и МУЗ – это сфера нелегального использования или *минус-создания* ВВП. Составляющий сферу создания ВВП рыночный легальный оборот платных медуслуг, распадается на две части: ориентированный на пополнение казны лимитируемый оборот, где участвуют государственные и МУЗ – это сфера *квази-создания* ВВП. Ориентированный на реинвестирование оборот, в котором участвуют частные медицинские организации (собственно, и являющийся бизнес-оборотом) – это сфера *реального создания* ВВП.

Чтобы государственные средства финансирования здравоохранения не утекали в теневой сектор и осваивались по назначению, экономика здравоохранения должна стать рыночной, создающей ВВП, увеличивая в нем долю здравоохранения [1].

Литература

1. Габеева Л.А. и др. // Главный врач: хозяйство и право. – 2006. – № 3. – С.14–20.

УДК 616.69-008.1

МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА НАРУШЕНИЙ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ У ДЕТЕЙ В ГОРОДСКИХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

Г.П. ШИРЯЕВА, А.Г. МУТАЛОВ, Р.Я. НАГАЕВ*

При поступлении в школу у 60-70% первоклассников выявляются нарушения когнитивной деятельности [2,4], что частично связано с отсутствием внимания к выявлению факторов риска со стороны педиатров и психологов, и ведет к формированию психологических проблем, влияющих на состояние здоровья.

Цель – выделение факторов риска нарушений когнитивного развития у детей и подростков в городских образовательных учреждениях и апробирование метода медико-психолого-педагогического сопровождения при адаптации к учебе.

Материалы и методы. На базе анкетирования родителей, выкопировки данных амбулаторных карт, результатов контрольных работ по чтению, русскому языку, математике, психологического тестирования с оценкой внимания, памяти, мелкой моторики, восприятия, мышления, речевого развития рассчитаны относительный риск, диагностический коэффициент, и информативность для каждого из часто выявляемых признаков в группах детей, имевших нарушения когнитивных функций и здоровых детей (108 и 105 детей 7-10 лет соответственно). Прогнозирование вели с помощью статистических методов распознавания образов: теоремы Байеса, последовательной процедуры анализа Вальда [3]. Информативность признака определяли как сумму информативности всех его градаций. Признак считался информативным при $DK \geq 2,0$, $J \geq 0,25$. Медико-психологический портрет детей группы риска разработан на этой основе.

Результаты. Среди учащихся 1-х классов (всего 248 детей 6-7 лет) нами выявлено соотношение категорий детей групп риска когнитивного развития [1]: социально-педагогические запущенные дети – 12 (4,8%±0,8); соматически ослабленные дети – 32 (12,9%±1,8); школьно-незрелые дети – 63 (25,4%±0,9); дети с минимально-мозговой дисфункцией (ММД) – 22 (8,9%±0,6); дети с речевыми нарушениями – 75 (30,2%±1,2); дети с неосложненной задержкой психического развития (синдром гармоничного

психического инфантилизма) – 35 (14,1%±0,5); дети с психоневрологическими нарушениями – 112 (45,2%±2,4). При обучении 213 детей имели трудности в освоении школьной программы.

Среди детей 7-10 лет с проблемами в обучении чаще встречаются отягощенный акушерский анамнез (в 6,9 раз), патология беременности и родов (в 3 раза), нарушения физиологической зрелости (в 5,5 раза). Наиболее явно и быстро у детей появлялись и проявлялись двигательные нарушения (общие, координация, мелкая моторика, $p \leq 0,002$). Отклонения в параметрах нервно-психического развития в дошкольном возрасте выявлены в 44,0% случаев, а в группе сравнения – только у 17,3% детей. Наиболее яркими личностными нарушениями оказались: лабильность эмоционального фона (85,3%), отрицательные черты характера (44,0%), перепады настроения (44,0%), нарушения самооценки (30,7%), недостаточная мотивация (10,7%), отсутствие интересов (25,3%). Высокие показатели информативности (J) определены у медико-биологических факторов риска раннего онтогенеза (0,67 и 0,50), нарушений моторики (0,9), отклонений нервно-психического развития (0,55), нарушений нейродинамических функций (0,70) и особенностей личности ребенка (0,5-0,97). Выявлена достоверная разница по негативному отношению детей к детским дошкольным учреждениям ($p \leq 0,002$) и к школе ($p \leq 0,01$), а у 79,0% сформировалось отрицательное отношение к учебе ($p \leq 0,01$). При этом среди детей группы риска меньше лиц, оценивающих свое соматическое и нервно-психическое здоровье на «хорошо» и «отлично» ($p \leq 0,05$) и больше детей, имеющих ≥ 2 хронических заболевания (47,3%, $p \leq 0,002$). Эти дети чаще имели родителей, употреблявших алкоголь (31,1%, $p \leq 0,002$), подвергались несправедливым наказаниям (27,0%, $p \leq 0,002$).

Анализ психоэмоционального состояния выявил отсутствие теплых межличностных отношений у 30,1±2,8% детей; снижение потребности отстаивания своей позиции у 20,3±3,0% детей; психоэмоциональное напряжение – у 17,2±1,8%; высокую потребность активных взаимоотношений с окружающими – у 25,2±0,3% детей. Анализ психологических типологических характеристик выявил недостающую готовность детей 6-7 лет к обучению в школе по факторам негативного отношения к школе, детей и их родителей, недостаткам развития нервно-психического развития (моторика, речь, память, мышление), состоянию здоровья с преобладанием дошкольного типа у 70,6±6,8% детей.

После коррекционных мероприятий методом медико-психолого-педагогического сопровождения (первичная и вторичная профилактика нарушений нервно-психического развития, личностно-ориентированное обучение, психологический контроль и коррекция) при подготовке к школе удалось достичь преобладания школьного типа психического развития у всех детей. В коррекционную программу дошкольного и псевдо-учебного типов вошли игры и упражнения, развивающие внутреннюю свободу и раскованность, коммуникативные и ораторские способности. Для детей коммуникативного типа предлагались игры и упражнения по развитию произвольности психических процессов, движений, самоконтроля и самодисциплины.

Заключение. Среди детей группы риска нарушений когнитивного развития в образовательных учреждениях выявлено 45,2% лиц с психоневрологическими нарушениями, 30,2% – с речевыми и 25,4% школьно-незрелых детей, что обуславливает необходимость профилактических и реабилитационных мер в условиях детских дошкольных учреждений. Наиболее распространенными медико-психологическими факторами риска нарушений когнитивных функций у детей 7-14 лет явились: лабильность эмоционального фона (85,3%), отрицательные черты характера (44,0%), перепады настроения (44,0%), нарушения самооценки (30,7%), отсутствие интересов (25,3%). При подготовке к школе проблемы создали негативное отношение к школе, высокий уровень притязаний родителей, недостатки зрительной и слуховой памяти, низкая степень умственной работоспособности, недостатки координации мелкой моторики рук и нарушения состояния здоровья детей, что ведет к преобладанию дошкольного типа психического развития у 70,6% детей. После медико-психолого-педагогической реабилитации удалось сформировать школьный тип психического развития у всех, что дало удовлетворительную адаптацию к школе у >1/2 первоклассников.

Литература

1. Дети с задержкой психического развития. – М.: Педагогика, 1984. – 256 с.
2. Русова Т.В., и др. // Мат-лы XI конгр. педиатров России. – М., 2007. – С.579.
3. Ребова О.Ю. Статистический анализ медицинских данных. – М.: Медиа-сфера, 2002.
4. Физиология роста и развития детей и подростков (теоретические и клинические вопросы). – Т.1, - М., 2006. – 414 с.